

**MODULO RICHIESTA PET – TAC
ONCOLOGICA**

*Il presente modulo deve essere compilato in stampatello in tutte le sue parti; moduli incompleti non saranno presi in considerazione.
A norma dell'art. 111 D.S.L. n° 230 si ricorda che la decisione circa l'appropriatezza dell'esame spetta al Medico Nucleare.*

Cognome e nome del Paziente

Data nascita: Indirizzo:

Telefono: Cellulare:.....

Peso Altezza..... Autosufficiente Si No Barellato Si No

Diabetico Si No Terapia Insulinica Si No Ipoglicemizzanti orali Si No

Claustrofobico Si No

NOTIZIE ANAMNESTICHE

1) **Chirurgia /Biopsia** (data e tipo di intervento)

.....
.....

2) **Esame istologico**

.....
.....

3) **Chemioterapia:** No Si fino al4) **Radioterapia:** No Si fino al.....

5) **Marcatore Tumorali alterati?** No Si Quali?

6) **Precedenti esami radiologici e/o medico-nucleari eseguiti:** (se possibile allegare fotocopie):

.....
.....

7) Ha disturbi della **diuresi?** (esempio: incontinenza, catetere vescicale, urostomia):.....

8) E' affetto da **altre patologie?**

9) Assume **farmaci?** (indicare quali):

ESCLUDERE GRAVIDANZA E/O ALLATTAMENTO

Quesito diagnostico:.....

.....
.....

Medico Richiedente (nome e numero di telefono/fax).....

La richiesta verrà valutata dal Medico Nucleare. Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via fax.