



OHSAS 18001:2007

OSPEDALE DI TRENTO
U.O.C. Medicina Nucleare
Direttore: dr.ssa Franca Chierichetti



Richiesta PET/TC [¹⁸F]FDG total body/segmentaria

INDICAZIONI: Neoplasia Polmonare, Nodulo Polmonare, Malattie linfoproliferative, Melanoma, Neoplasie apparato digerente, Neoplasia Mammella, Neoplasie apparato riproduttivo femminile, Neoplasie Testa-Collo (non SNC), Ca del pancreas, Ca della colecisti, Ca vescica e rene, Sarcomi, NEC, Spondilodiscite, Vasculiti, Sarcoidosi, Vitalità miocardica

IL PRESENTE FORMULARIO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI: LE RICHIESTE INCOMPLETE SARANNO RESPINTE.

Dati del paziente					
Cognome			Nome		
Data di Nascita			Residenza		
Peso			Altezza		
Telefono					
DIABETE	☐ no	☐ si	☐ ADO		☐ insulina
CLAUSTROFOBIA	☐ no	☐ si			
ALLETTATO	☐ no	☐ si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE		☐ no ☐ si
TERAPIE IN ATTO	☐ no	☐ si:			
Provenienza					
Reparto					
Medico richiedente			Telefono		
Foglio giallo ☐	DH ☐	Esterno ☐		Ricovero ☐	
Quesito clinico e diagnosi					
☐ Val. pre-chirurgica/stadiazione	☐ Ristadiazione		☐ Controllo in corso di terapia		
☐ Valutazione post-terapia	☐ Puntualizzazione reperto dubbio		☐ Ripresa/progressione		
PET eseguite	☐ no ☐ si	data ultima PET		positiva ☐	negativa ☐
Chemioterapia	☐ no ☐ si	☐ data ultimo ciclo		☐ ciclo/n°cicli	
Immunoterapia	☐ no ☐ si	☐ data ultimo ciclo		☐ in corso	
Radioterapia	☐ no ☐ si	☐ data ultimo ciclo		sede	
Chirurgia	☐ no ☐ si	data intervento			
Markers tumorali			☐ negativi	☐ in aumento	☐ in riduzione
Note (es data prossima visita)					

Dati raccolti in ottemperanza al D.Lgs. 101/2018 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Data _____ FIRMA DEL MEDICO (leggibile) _____

Data e ora dell'esame verranno comunicate telefonicamente o via email

Da inviare alla Segreteria dell'U.O. di Medicina Nucleare (fax 0461 903126 – email : medicinanucleare@apss.tn.it)

38100 TRENTO – Largo Medaglie d'Oro, 9 – tel. 0461/90 3132/3236 - fax 0461/903126

vers. 0 (gennaio 2022)