



OHSAS 18001:2007

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

**Richiesta PET/TC cerebrale**

- ☐ **ONCOLOGICO:** ☐ [<sup>18</sup>F]FDG ☐ [<sup>18</sup>F]FDOPA ☐ [<sup>18</sup>F]FET (tirosina) ☐ [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTA-TOC  
☐ **NON ONCOLOGICO:** ☐ [<sup>18</sup>F]FDG ☐ [<sup>18</sup>F]Flutemetamolo (VIZAMYL)

**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 (per [ <sup>18</sup> F]FDG)    | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> ADO                             | <input type="checkbox"/> insulina |
| CLAUSTROFOBIA                          | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |                                                          |                                   |
| ALLETTATO                              | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si       |
| EPILESSIA                              | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |                                                          |                                   |
| TERAPIE IN ATTO:                       |                                                         |                                                          |                                   |
| Provenienza                            |                                                         |                                                          |                                   |
| Reparto                                |                                                         |                                                          |                                   |
| Medico richiedente                     |                                                         | Telefono                                                 |                                   |
| Foglio giallo <input type="checkbox"/> | DH <input type="checkbox"/>                             | Esterno <input type="checkbox"/>                         | Ricovero <input type="checkbox"/> |
| Quesito clinico e diagnosi             |                                                         |                                                          |                                   |
|                                        |                                                         |                                                          |                                   |

Esami radiologici (indicare tipologia e data):

|                                |                                                         |                                            |  |                                         |                                   |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------|-----------------------------------|
| PET eseguite                   | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | data ultima PET                            |  | positiva <input type="checkbox"/>       | negativa <input type="checkbox"/> |
| Specificare radiofarmaco:      |                                                         |                                            |  |                                         |                                   |
| Chemioterapia                  | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> data ultimo ciclo |  | <input type="checkbox"/> ciclo/n° cicli |                                   |
| Immunoterapia                  | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> data ultimo ciclo |  | <input type="checkbox"/> in corso       |                                   |
| Radioterapia                   | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> data ultimo ciclo |  |                                         |                                   |
| Protonterapia                  | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> data ultimo ciclo |  |                                         |                                   |
| Chirurgia                      | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si | data intervento                            |  |                                         |                                   |
| 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](mailto:medicinanucleare@apss.tn.it))**

38100 TRENTO – Largo Medaglie d'Oro, 9 – tel. 0461/90 3132/3236 - fax 0461/903126  
 vers. 4 (gennaio 2022)