



OHSAS 18001:2007

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

**Richiesta PET/TC cerebrale**

Da inviare alla Segreteria dell'U.O. di Medicina Nucleare (fax 0461903126 – email : medicina nucleare@apss.tn.it)

TIPO DI ESAME: ☐ **ONCOLOGICO** ☐ **NON ONCOLOGICO**
RADIOFARMACO: ☐ [¹⁸F]FDG ☐ [¹⁸F]Flutemetamolo ☐ [¹⁸F]FDOPA ☐ [¹⁸F]FET (tirosina)

Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti altrimenti non verrà preso in considerazione. Si rammenta inoltre che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta allo specialista Medico Nucleare, secondo normative vigenti.

Dati del paziente			
Cognome		Nome	
Data di Nascita		Residenza	
Peso		Altezza	
Telefono			
Provenienza			
Reparto			
Medico richiedente		Telefono	
Foglio giallo ☐	DH ☐	Esterno ☐	Ricovero ☐
Notizie cliniche necessarie			
DIABETE (per [¹⁸ F]FDG)	☐ no ☐ si	☐ ADO	☐ insulina
CLAUSTROFOBIA	☐ no ☐ si		
ALLETTATO	☐ no ☐ si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE	☐ no ☐ si
EPILESSIA	☐ no ☐ si		
Terapie in atto			

Quesito clinico e diagnosi

Esami radiologici (indicare tipologia e data):

PET eseguite	☐ no ☐ si	data ultima PET		positiva ☐	negativa ☐
Specificare radiofarmaco:					
Chemioterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo		ciclo/n° cicli	
Radioterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo		sede	
Chirurgia	☐ no ☐ si	data intervento			
Protonterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo		sede	
Markers tumorali		☐ negativi	☐ in aumento	☐ in riduzione	

Note (es data prossima visita)

Dichiara, inoltre, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, all'art. 13 e successive modifiche, di autorizzare il trattamento dei propri dati personali nei limiti previsti dalle normative vigenti

Data _____ FIRMA DEL MEDICO (leggibile) _____

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