



OHSAS 18001:2007

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



Richiesta PET/TC con [⁶⁸Ga]Ga-DOA-TOC

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

TIPO DI ESAME: ☐ CEREBRALE

☐ TOTAL BODY

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			
CLAUSTROFOBIA	☐ no	☐ si	
ALLETATO	☐ no	☐ si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE ☐ no ☐ si
Quesito clinico e diagnosi			
☐ Valutazione pre-chirurgica ☐ Ristadiazione ☐ Controllo in corso di terapia ☐ Valutazione post-terapia ☐ Puntualizzazione reperto dubbio ☐ Ripresa/progressione			
Istologico e indice di proliferazione (Ki 67: _____%)			
Terapie in atto o analoghi somatostatina (specificare tipo e data ultimo ciclo) _____			
PET eseguite	☐ no ☐ si	[¹⁸ F]FDG/data ultima	positiva ☐ negativa ☐
PET eseguite	☐ no ☐ si	⁶⁸ Ga/data ultima	positiva ☐ negativa ☐
Chemioterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo	ciclo/n°cicli
Radioterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo	sede
Protonterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo	sede
Chirurgia	☐ no ☐ si	data intervento	
Markers tumorali		☐ negativi	☐ in aumento ☐ in riduzione
Note			

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