

RICHIESTA DI ESAME PET/CT CON ¹⁸F-FDG

Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti allegando la documentazione richiesta

Nome del paziente _____ Data di nascita _____

Tessera Sanitaria _____ Interno/Reparto _____

Esterno Indirizzo _____ tel. _____

Medico referente _____ tel. _____

PESO kg _____ ALTEZZA cm _____

AUTOSUFFICIENTE: SI NO Se NO specificare _____

DIABETE: SI NO TERAPIE CON CORTISONICI: SI NO

QUESITO CLINICO: _____

TERAPIE IN ATTO: _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE (segnalare la presenza di elementi metallici endocorporei tipo devices medicali, protesi, clips chirurgiche, etc.): _____

ESAMI RADIOLOGICI: _____

ESAMI MED-NUCLEARI: _____

ALTRI ESAMI: _____

INTERVENTI CHIRURGICI: NO SI _____

_____ data: _____

PREGRESSA RADIOTERAPIA: NO SI _____

_____ data: _____

PREGRESSA CHEMIOTERAPIA: NO SI _____

Luogo, data _____

Firma del Medico richiedente
