

MODULO PRENOTAZIONE PET-TC CEREBRALE 18F-AMILOIDE
Per pazienti ambulatoriali e ricoverati

Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo – Potenza -
SIC Medicina Nucleare
Direttore Dr ALESSANDRO FE'

A cura dello **specialista neurologo** richiedente:

Gentile **collega**, la compilazione di questo modulo è assolutamente necessaria per stabilire l'appropriatezza all'esecuzione dell'esame PET-TC cerebrale con 18F-AMILOIDE. Solo dopo che il Medico Nucleare avrà valutato l'appropriatezza dell'esame, il Paziente verrà richiamato e verrà concordato l'appuntamento

Compilato il modulo, inviarlo al n **di FAX 0971-613080**

Medico Specialista inviante _____ Telefono _____

e-mail: _____ Centro CDCD _____

Dati Paziente: Cognome _____ Nome _____

Data nascita _____ Telefono n. _____

Data inizio sintomi: _____

Sintomatologia soggettiva d'esordio:

Memoria Linguaggio Visuo-spaziale Esecutivo Aprassie Attenzione Comportamento

Sospetto diagnostico sindromico: Decadimento Cognitivo Lieve MCI Demenza di Alzheimer

Possibile Demenza di Alzheimer Probabile Demenza Atipica Demenza Fronto-temporale

Demenza Vascolare Demenza a corpi di Lewy Altro _____

In caso di MCI indicare se deficit preminente di tipo: Amnesico Non-Amnesico Singolo dominio

Multi-dominio

Punteggio MMSE grezzo ____/30 ; eventuale MMSE corretto per età e scolarità: ____/30.

Descrizione delle comorbidità note : _____

Elenco eventuali farmaci psicoattivi assunti: _____

Allegare Risultati di imaging strutturale (RM o TC), PET con FDG o SPECT perfusione, eventuale SPECT con marcatore del DAT, eventuali altri esami ritenuti rilevanti per il caso (EEG,...): ANCHE IN COPIA

ATTENZIONE: Il paziente, ricontattato telefonicamente dalla segreteria della Medicina Nucleare per la prenotazione, DEVE essere munito d'impegnativa con le seguenti voci:

VISITA MEDICO NUCLEARE + PET TC CEREBRALE STUDIO QUALITATIVO (unica impegnativa)

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003e ss.mm.ii. il sottoscritto autorizza l'A.O. R. "San Carlo Potenza" al trattamento dei propri dati personali necessari all'adempimento dei fini istituzionali.

Data _____ Lo specialista Neurologo richiedente _____