



MODULO PRENOTAZIONE PET-TC con RADIOFARMACI DIVERSI DAL 18FDG

Per Pazienti ambulatoriali o ricoverati

Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza

Direttore Dr. ALESSANDRO FE'

Gentile Paziente, al fine di valutare la corretta indicazione all'esecuzione della PET/TC a lei richiesta è **OBBLIGATORIA** la compilazione del seguente modulo da parte del Medico Specialista richiedente e/o Curante che dovrà essere inviato, associato alla documentazione relativa all'esame, alla mail: medicina.nucleare@ospedalesancarlo.it o in alternativa al n° di fax **0971/61.30.80**.

Solo successivamente all'arrivo della MAIL o del FAX Lei verrà contattato telefonicamente per la comunicazione della data dell'esame.

L'esame avrà una durata complessiva di 4/5 ore dal momento del suo arrivo.

Cognome:.....Nome:..... Data di nascita:...../...../...../

Città:.....tel:.....Cellulare.....

Nome e cognome Specialista richiedente (Dr..... tel.)

Motivo dell'esame

.....
.....

Peso:.....kg

Altezza:.....cm.

Il Paziente è: ricoverato: DH: ricovero protetto: ambulatoriale: autonomo: allattato:

in base alla storia clinica ed al quesito diagnostico con quale radiofarmaco si intende eseguire la PET TC:

68Ga - DOTATOC 68 Ga - PSMA 18F-COLINA

➤ **INTERVENTO CHIRURGICO:** tipo:.....(Data).....;

➤ **ULTIMA CHEMIOTERAPIA:** schema:.....(Data).....;

➤ **RADIOTERAPIA:** ultima seduta: (Data).....;

➤ **Se PET- 68Ga-PSMA o 18F-Colina, specificare se**
STADIAZIONE: Esame istologico:.....PSA.....ng/ml; Gleason Score.....;

PROSTATECTOMIA: **RADIOTERAPIA:** **TP ORMONALE** **PSA** (ultimi due):.....ng/ml;.....ng/ml;

La gravidanza rappresenta controindicazione assoluta per ogni tipo di PET-TC.

ATTENZIONE:

- **Munirsi dell'impegnativa all'atto dell'invio della MAIL o del FAX al fine di espletare la prenotazione quando sarà contattato telefonicamente.**

1) PET TC TOTAL BODY + VISITA MEDICO NUCLEARE (unica impegnativa)

NB per i Pazienti residenti fuori della regione Basilicata portare fotocopia documento d'identità.

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

Firma e timbro **OBBLIGATORI** del Medico Richiedente -----