



MODULO PRENOTAZIONE PET-TC con Mezzo Di Contrasto Iodato (mdc)

Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo Potenza
Dipartimento Diagnostica Per Immagini **Direttore Dr Enrico Scarano**
SIC Medicina Nucleare **Direttore Dr Alessandro Fè**

Gentile Paziente, al fine di valutare la corretta indicazione all'esecuzione della PET/TC con mdc a lei richiesta è **OBBLIGATORIA** la compilazione del seguente questionario da parte del Medico Specialista richiedente e/o Curante che dovrà essere inviato al n° di fax **0971/61.30.80**.

Solo successivamente all'arrivo 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.

DATI ANAGRAFICI

Cognome:..... Nome:.....
 Data di nascita:..... Domicilio:.....
 tel:..... Cellulare.....
 Nome e cognome Specialista richiedente (Dr..... tel.)
 Peso:.....kg Altezza:.....cm. Diabete? No Si
 Se Si specificare se assume antidiabetici orali insulina
 Il Paziente è: autonomo: allettato: Barellato:

DATI CLINICI:

Quesito Diagnostico.....
 Storia di allergia al mezzo di contrasto iodato: SI NO
 INSUFFICIENZA RENALE SI NO (NB ALLEGARE VALORE DI CREATININEMIA RECENTE (ENTRO 1 MESE)
 ➤ Portare con se tutti gli esami diagnostici in proprio possesso (ES. DI LABORATORIO, MARKERS TUMORALI TC, RM, PET, SCINTIGRAFIE, ECOGRAFIE)
 ➤ INTERVENTO CHIRURGICO: tipo:.....(Data).....;
 ➤ ULTIMA CHEMIOTERAPIA: schema:.....(Data).....;
 ➤ RADIOTERAPIA: ultima seduta: (Data).....;

IMPEGNATIVE

- Munirsi di due impegnative all'atto dell'invio del FAX al fine di espletare la prenotazione quando sarà contattato telefonicamente.
- 1) PET TC TOTAL BODY + PET-TC CEREBRALE STUDIO QUALITATIVO + VISITA MEDICO NUCLEARE (unica impegnativa)
- 2) TC TOTAL BODY con e senza mezzo di contrasto (unica impegnativa).

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

Ai sensi del DGPR 679/2016 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

ATTENZIONE SCRIVERE STAMPATELLO e LEGGIBILE
SI PREGA DI COMPILARE IL PRESENTE MODULO IN OGNI VOCE

Informativa allegata al modulo da NON SPEDIRE CON IL MODULO!

Per la PET con 18F- Fluorodesossiglucosio (FDG), sia total body che cerebrale, è **ASSOLUTAMENTE** richiesto il digiuno dalla sera precedente o comunque da almeno 6 ore.

Il mancato rispetto del digiuno per il tempo indicato, poiché visibile a posteriori per criteri di semeiotica PET-TC, determina l'esecuzione di un esame inutile per il clinico (ridotta accuratezza diagnostica) e dannoso per il paziente (uso ingiustificato delle radiazioni ionizzanti art 3 DL 187/2000).

Sospendere eventuale nutrizione parenterale a base di zuccheri e/o insulina.

Per i pazienti diabetici: se **insulino-dipendenti** entro e non oltre le ore 6.00 del mattino fare piccola colazione (es. 2 fette biscottate e bicchiere di orzo) e somministrare insulina rapida a giudizio clinico, poi digiuno assoluto; trascorse 3 ore da questa procedura, il paziente potrà eseguire la PET previa valutazione della glicemia.

Se **non insulino-dipendenti** digiuno dalla cena della sera precedente (preferibile dieta a basso contenuto di zuccheri); il mattino fare piccola colazione entro e non oltre le ore 6.00 (es. 2 fette biscottate e bicchiere di orzo) assumere gli ipoglicemizzanti orali previsti e mantenere il digiuno assoluto senza bere o mangiare fino all'esecuzione dell'esame.

NB: Esponga qualunque domanda inerente il diabete nel momento in cui sarà contattato telefonicamente.

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE E RELATIVE ALL'ESECUZIONE DELLA PET TC con mdc iodato:

ASSOLUTE:

GRAVIDANZA
GRAVE INSUFFICIENZA EPATICA O RENALE
ALLERGIA NOTA AL MDC IODATO

RELATIVE:

ALLATTAMENTO
TRATTAMENTI RADIOTERAPICI TERMINATI DA MENO DI DUE MESI
INTERVENTI CHIRURGICI ESEGUITI DA MENO DI 1 MESE
TRATTAMENTI CHEMIOTERAPICI TRADIZIONALI (CITOTOSSICI) TERMINATI DA MENO DI 1 MESE