

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 Sì

Se Sì 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 +VISITA MEDICO NUCLEARE (unica impegnativa)**
 - 2) **TC TOTAL BODY con e senza mezzo di contrasto (unica impegnativa).**
- NB 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 -----

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