



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 comorbilità 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

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 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 _____