



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