



**Al Servizio di Medicina Nucleare  
Centro PET**  
Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova  
Viale Risorgimento 80  
Reggio Emilia  
tel 0522-296540 - fax 0522-296153

## Richiesta di esame PET con <sup>18</sup>F-DOPA TOTAL BODY



Cognome e Nome del Paziente ..... (o bar-code) -->

Nato il ..... a .....

Residente a ..... via ..... tel. ....

Provenienza  Ricoverato Reparto .....  
 Esterno

Medico Referente che richiede l'esame ..... tel. ....

QUESITO CLINICO: STADIAZIONE  RISTADIAZIONE  VALUTAZIONE RISPOSTA TERAPEUTICA  FOLLOW-UP

DIAGNOSI ISTOLOGICA E STADIO DELLA NEOPLASIA: \_\_\_\_\_

MARKER TUMORALE: TIPO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ RISULTATO \_\_\_\_\_

Condizioni cliniche:  Autosufficiente  Sedia a rotelle  Barella

Claustrofobia Si  No

Necessità di sedazione:  Si  no

Peso: ..... Altezza .....

TERAPIA IN CORSO : \_\_\_\_\_

Esami radiologici eseguiti (TAC O RMN) si  no  (allegare copie referti se eseguiti in altra sede)  
Esami medico-nucleari (FDG PET // Ga68-DOTA PET) si  no  (allegare copia referti se eseguiti in altra sede)

**ATTENZIONE! Il materiale radiografico o fotografico, se al di fuori del PACS dell'A.O. ASMN di Reggio Emilia, in originale o in copia, dovrà accompagnare il paziente al momento dell'effettuazione dell'indagine PET.**

Data .....-.....-.....

Il Medico richiedente (firma e timbro)

.....

**N.B. Il presente modello va compilato in ogni sua parte. Le richieste incomplete saranno respinte.**