



**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-FET CEREBRALE**

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: \_\_\_\_\_

Condizioni cliniche:  Autosufficiente  Sedia a rotelle  Barella

Claustrofobia Si  No

Necessità di sedazione:  Si  no

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

**Interventi**

si (specificare data e sede .....)  
 no

**Radioterapia**

si (specificare data e sede ultimo trattamento .....)  
 no

**Chemioterapia**

si (specificare data ultimo trattamento .....)  
 no

**TERAPIA IN ATTO : NON E' NECESSARIO SOSPENDERE LA TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO**  
**Il giorno prima dell'esame si consiglia invece di evitare l'assunzione di alimenti ad elevato contenuto di tirosina (soia, latte, pollo, tacchino, banane, avocado, mandorle)**

Esami radiologici eseguiti (TAC O RMN) si  no  (allegare copie 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.**

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

Data .....

Il Medico richiedente (firma e timbro)

.....