



**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 ¹⁸F-DOPA 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.

ESAME FUNZIONALE GANGLI DELLA BASE

ESAME ONCOLOGICO

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 : E' NECESSARIO SOSPENDERE FARMACI ANTI-PARKINSONIANI ALMENO 12 ORE PRIMA DELL'ESAME NELLE INDAGINI ESEGUITE PER STUDIO FUNZIONALE DEI GANGLI DELLA BASE MENTRE NEGLI STUDI ONCOLOGICI NON E' NECESSARIO SOSPENDERE ALCUNA TERAPIA

Il giorno prima dell'esame si consiglia di evitare l'assunzione di alimenti ad elevato contenuto di tirosina (soia e legumi, latte e formaggi, pesce, 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)

.....