



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



**Al Servizio di Medicina Nucleare  
Centro PET  
AUSL-IRCCS  
Viale Risorgimento 80  
Reggio Emilia  
Tel 0522-296540 - Fax 0522-296153**

## Richiesta di esame PET CEREBRALE con <sup>18</sup>F-Flutemetamol (VIZAMYL)

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

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

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

Provenienza  Ricoverato      Reparto .....  
 Esterno

Medico Referente ..... tel. ....

Tipo di esame:            **PET CEREBRALE PER DEPOSITI DI BETA-AMILOIDE**

QUESITO CLINICO: .....

DATI ANAMNESTICI: .....

Claustrofobia                      si  no

Necessità di sedazione        si  no

Esami radiologici eseguiti (TAC O RMN): allegare copie dei referti

Esami medico-nucleari (FDG PET - DATSCAN): effettuati no  si  (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.**