



## Richiesta di esame PET con <sup>18</sup>F- FDG (radioglucosio)



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

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

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

Provenienza  Ricoverato  Esterno Reparto .....

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

Tipo di esame: 1)  PET Total Body oppure 2)  PET CEREBRALE FUNZIONALE

Quesito clinico:

.....

Notizie anamnestiche:

.....

Claustrofobia si  no   
Diabete si  no

Peso Kg .....  
Terapia Insulinica/Terapia ipoglicemizzante orale

TERAPIA IN ATTO: .....

Esami radiologici eseguiti : allegare copie dei referti

Esami medico-nucleari : 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.**

Markers tumorali: (specificare tipo e data.....)

Interventi

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

Radioterapia

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

Chemioterapia

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

Data .....

Il Medico richiedente (firma e timbro)

.....

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