



**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 oncologico con <sup>68</sup>Ga-DOTATOC

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: **PET Total Body**

Quesito clinico:

.....

Notizie anamnestiche:

.....  
.....  
.....

Claustrofobia si  no  Peso Kg .....

Terapia con analoghi si  no  Ultima somministrazione : .....

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.**