



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

DIPARTIMENTO IMMAGINI

S.C.MEDICINA NUCLEARE
DIRETTORE: Dr. Giorgio Melis

Centro PET-Tel: 070 539223 - Fax: 070 541513

Scheda di prenotazione per esame PET/CT Total Body con ¹⁸F-FDG

Compilare il presente modulo integralmente e con caratteri leggibili

INDICAZIONI MEDICO RICHIEDENTE :

Cognome e nome _____ Ospedale _____ Reparto _____
Tel.: _____ Tel.: _____ Cell.: _____ Fax.: _____

INDICAZIONI ANAGRAFICHE PAZIENTE :

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ Peso ____ (Kg) Altezza ____ (cm)

Indirizzo _____

CAP _____ Loc.tà _____ Comune di residenza _____ Prov. _____

Tel.: _____ Tel.: _____ Cell.: _____ Fax.: _____

INDICAZIONI CLINICHE :

Patologia: _____

Stadiazione iniziale/Diagnosi [SI'] [NO] Ristadiazione/Follow-Up [SI'] [NO]

In caso di valutazione precoce [SI'] [NO] (su protocolli già concordati con il nostro centro PET)

indicare il tipo di protocollo _____

e le date entro cui andrebbe preferibilmente eseguito l'esame: dal ____/____/____ al ____/____/____

Indicare se il/la paziente è:

barellato/la [SI'] [NO], autosufficiente [SI'] [NO], diabetico/a [SI'] [NO] o in gravidanza [SI'] [NO]

Comorbidità di rilievo o altro: _____

Informazioni anamnestiche:

Ha già eseguito esami PET? [SI'] [NO] Se sì, indicare la data e il centro: _____

Ha eseguito esami TAC in passato? [SI'] [NO] Data ultimo esame: _____

Ha eseguito ecografie in passato? [SI'] [NO] Data ultimo esame: _____

Ha eseguito esami RMN in passato? [SI'] [NO] Data ultimo esame: _____

Altri interventi chirurgici eseguiti in passato? [SI'] [NO] Data ultimo intervento: _____

Ha eseguito RADIOTERAPIA in passato? [SI'] [NO] Data ultimo ciclo: _____

Ha eseguito CHEMIOTERAPIA in passato? [SI'] [NO] Data ultimo ciclo: _____

(Lo spazio sottostante è riservato agli operatori della segreteria)

Codice richiesta
RIC

Codice paziente
PAZ

Codice prenotazione
PRE

Codice chiarimento
CHIA

Codice medico
AOB

Numero di protocollo
n°