



Scheda di prenotazione per esame PET/CT Total Body con ¹¹C-Colina
Compilare il presente modulo integralmente e con caratteri leggibili.

MEDICO RICHIEDENTE :

Cognome e nome _____ Ospedale _____ Reparto _____
Tel.: _____ Tel.: _____ Cell.: _____ Fax.: _____
Indicare se il paziente è : Barellato [SI] [NO] Autosufficiente [SI] [NO]

DATI ANAGRAFICI PAZIENTE :

Codice Fiscale:

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

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____ Peso ____ (Kg) Altezza ____ (cm)
Indirizzo _____
CAP _____ Loc.tà _____ Comune di residenza _____ Prov. _____
Tel.: _____ Tel.: _____ Cell.: _____ Fax.: _____

INDICAZIONI CLINICHE : K PROSTATICO

Stadiazione iniziale [] Ristadiazione [] Follow-Up []

- L'esame è indicato per valori di PSA >1 ng/ml; in caso di richiesta con valori inferiori, il richiedente deve contattare il medico nucleare.
- Al momento dell'esame l'ultimo dosaggio del PSA Totale non deve essere antecedente a due settimane.

Ultimi 3 valori del PSA :

PSA 1 (data.../.../20...).....ng/ml PSA 2 (.../.../20...).....ng/ml PSA 3 (.../.../20...).....ng/ml

Esame istologico: Data _____ Gleason Score : _____

NOTIZIE ANAMNESTICHE

Ha già eseguito esami PET? [NO] [SI] Data e Centro: _____
Prostatectomia [SI] [NO] Data _____
Radioterapia [SI] [NO] Data ultimo ciclo _____
Terapia ormonale [SI] [NO] Tipo _____ In corso da _____ Sospesa il _____
Chemioterapia [SI] [NO] Tipo _____ Data ultima somministrazione _____
Comorbidità di rilievo o altro: _____

(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°
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------