



Azienda Ospedaliera Brotzu

DIPARTIMENTO INTERNISTICO ED ONCOLOGICO
S.C. MEDICINA NUCLEARE – Ospedale S. Michele

Direttore f.f. Dr. Michele Boero

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

Email: segreteria.brotzu@alliancemedical.it

Scheda di prenotazione per PET/CT con ⁶⁸Ga-DOTATOC**PAZIENTE**

C.F.

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

Cognome Nome Sesso F M

Nato/a il / / a Peso (Kg), Altezza (cm)

Telefono Cellulare Email/Fax

Indirizzo CAP Comune Prov

Il/la pz. è in dialisi [Si] [NO] giorni seduta dialitica.....

Il/la pz. è barellato/a [Si] [NO] autosufficiente [Si] [NO] claustrofobico [Si] [NO] incontinente [Si] [NO]

Per le donne in età fertile, data delle ultime mestruazioni allatta [Si] [NO]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

Tel. Cell. Fax E-mail.....

Diagnosi

Quesito clinico

Se in follow-up: In remissione Sospetta recidiva (specificare nelle righe sottostanti)

.....

.....

.....

Precedenti PET [NO] [Si] Se Si, indicare la data ed allegare il referto.....

Chirurgia [NO] [Si] Tipo di intervento Data/...../.....

Chemioterapia [NO] [Si] conclusa in data/...../.....

Terapia con analoghi della SST [NO] [Si] conclusa in data/...../.....

Radioterapia [NO] [Si] conclusa in data/...../..... Distretto

ESAMI ISTOLOGICI

DATA	SEDE	ESITO	Ki67

INDAGINI MORFOLOGICHE (allegare referto)

- TC s/c mdc [Si] [NO] distretto.....data.....
- RM s/c mdc [Si] [NO] distretto.....data.....
- Ecografia [Si] [NO] distretto.....data.....
-distretto.....data.....
-distretto.....data.....

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°