

**ALLEGARE BREVE
 RELAZIONE CLINICA E
 COPIA IMPEGNATIVA**

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

PAZIENTE	C.F.	[][][][][][][][][][][][][][][][]													
	Provenienza	SSN []	RIC. []	DH []	DP []							Sesso	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
Cognome		Nome					Sesso						<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
Nato/a il / / a.....													Peso..... (Kg), Altezza..... (cm)		
Telefono.....		Cellulare.....		Email/Fax.....											
Indirizzo			CAP		Comune.....				Prov						
Il/la paziente è diabetico/a		[NO]	[Si]	se Sì, in terapia con										<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti orali
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 Sì, indicare la data ed allegare il referto.....

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

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

Terapia biologica -[NO] [Si] conclusa in data / /

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

Terapia cortisonica [NO] [Si]

MARKERS NEOPLASTICI					
DATA	MARKER				

- 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

DATA COMPILAZIONE.....CONSEGNA TO DA.....ACCETTATO IL.....