

**Scheda di prenotazione per PET/CT Total Body con ¹¹C-Colina****PAZIENTE** C.F.

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

Provenienza SSN [] RIC. [] DH [] DP []

Cognome Nome

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

Telefono.....Cellulare.....E-mail/Fax.....

Indirizzo.....CAP Comune.....Prov.....

il pz. è barellato [Sì] [NO] autosufficiente [Sì] [NO] claustrofobico [Sì] [NO] incontinente [Sì] [NO]

MEDICO RICHIEDENTE Ospedale Reparto

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

INDICAZIONI CLINICHE: identificazione delle localizzazioni del carcinoma prostatico

- Ristadiazione** [] in presenza di recidiva biochimica (con PSA \geq 1 ng/mL o, se inferiore, con brevi PSA doubling time e/o PSA velocity)
- Stadiazione** [] solo nei seguenti casi:
 - pz. ad alto rischio (T3b -T4 o GS 8-10 o PSA > 20 ng/mL)
 - sospetto di N1 e/o M1
 - casi particolari (da discutere di volta in volta con il medico nucleare)

Gleason Score

T N M

Data			
PSA*			

* Nel caso di PSA tra 1 e 3 ng/mL, l'ultimo dosaggio non deve essere antecedente a 2-3 settimane.

NOTIZIE ANAMNESTICHEHa già eseguito esami PET? [Sì] [NO] Se Sì, indicare data ed allegare il referto.....

Prostatectomia [Sì] [NO] Data

Radioterapia [Sì] [NO] Completata il.....

Terapia ormonale [Sì] [NO] Tipo In corso [] Sospesa il

Chemioterapia [Sì] [NO] Tipo Conclusa il

Comorbidity di rilievo o altro

TC s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....

RM s/c mdc [Sì] [NO] distretto.....data.....

Ecografia [Sì] [NO] 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°
