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 ^{18}F-FDG **Total Body ☐** **Altro ☐** ……

PAZIENTE C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Cognome …… Nome …….. Sesso F M

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

Telefono……..Cellulare……Email/Fax……

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

Il/la paziente è diabetico/a **[NO]** **[Sì],** se **Sì**, in terapia con Insulina Ipoglicemizzanti orali

Il/la pz. è in dialisi **[Sì]** **[NO]** giorni seduta dialitica…....……....…….....

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

Per le donne in età fertile, data delle ultime mestruazioni ……allatta **[Sì]** **[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] [Sì]** Se **Sì**, indicare la data ed allegare il referto…..……

Chirurgia **[NO] [Sì]** Tipo di intervento ……..……Data ……/……/……

Chemioterapia **[NO]** **[Sì]** conclusa in data …… /……/……..

Terapia biologica **[NO]** **[Sì]** conclusa in data ……/……/……..

Radioterapia **[NO]** **[Sì]** conclusa in data ……/……/…….. Distretto ……..……

MARKERS NEOPLASTICI

DATA / MARKER			

INDAGINI MORFOLOGICHE (**allegare referto**)

- TC s/c mdc **[Sì]** **[NO]** distretto**……**data……
- RM s/c mdc **[Sì]** **[NO]** distretto**……**data……
- Ecografia **[Sì]** **[NO]** distretto**……**data……
- ……distretto**……**data……
- ……distretto**……**data……

Lo spazio sottostante è riservato agli operatori della segreteria

Codice richiesta	Codice paziente	Codice prenotazione	Codice chiarimento	Codice medico	Numero di protocollo
RIC	**PAZ**	**PRE**	**CHIA**	**AOB**	**n°**