ARNAS G.Brotzu
Azienda di Rilievo Nazionale
ed Alta Specializzazione

DIPARTIMENTO INTERNISTICO ED ONCOLOGICO
S.C. MEDICINA NUCLEARE – P.O. San Michele
Direttore: Dott. Michele Boero
Tel: 070 539223 - Fax: 070 541513
Email: segreteria.brotzu@alliancemedical.it

Scheda di prenotazione per PET/CT con ^{11}C-MET per IPER-PTH

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 pz. è in dialisi **[Sì] [NO]** giorni seduta dialitica.....

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

Per le donne in età fertile: data delle ultime mestruazioni ..... allattamento **[Sì] [NO]**

MEDICO RICHIEDENTE ..... Ospedale ..... Reparto .....

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

Quesito clinico .....

Diagnosi ☐ **IPER-PTH PRIMITIVO** ☐ **IPER-PTH TERZIARIO** ☐ **PERSISTENZA/RICORRENZA POST-CHIRURGICA**

☐ **SOSPETTA ECTOPIA** (.....) ☐ **SINDROMI EREDITARIE:** .....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO

.....

.....

.....

.....

Data	PTH	Ca

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

.....

Precedente PET: Data ...../...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto

INDAGINI PRECEDENTI

- **ECOGRAFIA del COLLO**: Data ...../...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto
- **Scintigrafia con 99mTc-MIBI**: Data ...../...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto
- TC s/c mdc **[Sì] [NO]** Data ...../...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto
- RM s/c mdc **[Sì] [NO]** Data ...../...../.....; se non eseguita presso ARNAS G. BROTZU allegare il referto

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°**