

**RICHIESTA INDAGINE PET-CT PAZIENTE ESTERNO  
DA INVIARE VIA FAX AL 041 9657697**TOTAL BODY <sup>18</sup>F-FDG CEREBRALE <sup>18</sup>F-FDG TOTAL BODY <sup>18</sup>F-Colina 

COGNOME\*

NOME\*

DATA NASCITA\*

PESO\*

ALTEZZA\*

SESSO\*

INDIRIZZO\*

TELEFONO\*

DATI ANAMNESTICI \*  
INTERVENTI CHIRURGICI  
DATA

QUESITO CLINICO \*

NOTE

PET CT precedenti

 SI  NO

RADIOTERAPIA

 SI  NO

Se SI, data ultimo ciclo: \*

CHEMIOTERAPIA

 SI  NO

Se SI, data ultimo ciclo: \*

ALLERGIE

 SI  NO

QUALI \*

CICLO MESTRUALE

 SI  NO

Se SI, data ultimo ciclo: \*

DIABETE

 SI  NO

Se SI, indicare terapia \*

Soffre di claustrofobia? \*

 SI  NO

Medico richiedente \*

Telefono del Medico \*

Data \*

Firma leggibile

**I CAMPI CON ASTERISCO SONO OBBLIGATORI**IL PAZIENTE VERRÀ RICONTATTATO TELEFONICAMENTE PER LA DATA E L'ORA DELL'APPUNTAMENTO  
E' IMPORTANTE CHE IL GIORNO DELL'ESAME IL PAZIENTE PORTI CON SE' TUTTA LA DOCUMENTAZIONE