



**RICHIESTA INDAGINE PET-CT PAZIENTE RICOVERATO IN ALTRO OSPEDALE
DA INVIARE VIA FAX AL 041 9657697**

TOTAL BODY ¹⁸F-FDG

CEREBRALE ¹⁸F-FDG

TOTAL BODY ¹⁸F-Colina

REPARTO*

OSPEDALE *

COGNOME*

NOME*

DATA NASCITA*

PESO*

ALTEZZA*

SESSO*

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 / Reparto*

Firma leggibile

Data* _____

I campi con asterisco sono obbligatori

IL REPARTO SARA' RICONTATTATO TELEFONICAMENTE PER FISSARE LA DATA DELL'ESAME