

  Azienda ULSS 3 SERENISSIMA	AULSS 3 SERENISSIMA Ospedale dell'Angelo <b>U.O. di MEDICINA NUCLEARE</b> Direttore Dott.ssa Lucia Rampin Tel. 041 9657630 ; FAX 041 9657697 ; email : ocme.pet@aulss3.veneto.it
---	--

**RICHIESTA INDAGINE PET-CT PAZIENTE ESTERNO**  
**DA INVIARE VIA FAX al 041 9657697 o per email**

Esame richiesto: PET/CT Total-body     CON: F18-FDG  ; F18-Colina  ;  
 PET CEREBRALE     CON : F18-FDG  ; F18-AMILODE

COGNOME*	NOME*	Data di nascita*
PESO Kg*	ALTEZZA cm*	SESSO* :    F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
TELEFONO DEL PAZIENTE*		

DATI ANAMNESTICI* INTERVENTI CHIRURGICI DATA	
--	--

QUESITO CLINICO*	
------------------	--

NOTE E PRIORITA'	
------------------	--

Diabete	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	INSULINO DIPENDETE :	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TERAPIA ORALE :	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---------	---	----------------------	---	-----------------	---

PET/CT PRECEDENTI :	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DATA ULTIMA ESECUZIONE .....
RADIOTERAPIA *	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DATA ULTIMA SEDUTA.....
CHEMIOTERAPIA *	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DATA ULTIMO CICLO.....

Il medico richiedente\* : Dott./Dott.ssa .....

Telefono del Medico\* \_\_\_\_\_  
 Data\* \_\_\_\_\_

Firma del Medico richiedente  
**LEGGIBILE**

**N.B. I dati contrassegnati con \* sono obbligatori**

**IL PAZIENTE VERRA' CONTATTATO TELEFONICAMENTE PER LA DATA ED ORA DI APPUNTAMENTO  
 E' IMPORTANTE IL GIORNO DELL'ESAME PORTARE TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**SI RACCOMANDA IL GIORNO DELL'ESAME IL DIGIUNO ASSOLUTO DALLA MEZZANOTTE PRECEDENTE SALVO  
 DIVERSA INDICAZIONE, IN CASO CONTRARIO L'ESAME NON POTRA' ESSERE ESEGUITO**

