



ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO – I.R.C.C.S.

MEDICINA NUCLEARE E IMAGING MOLECOLARE
STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE

Responsabile: Dott. Giorgio Saladini

Segreteria e Accettazione Centro PET/CT: tel 049-8211729, Fax: 049-8215508
E-mail: medicina.nucleare@iov.veneto.it



MODULO RICHIESTA ESAME PET-TC

(*) 18F-FDG (**) 18F-COLINA 18F- DOPA ALTRO

Nome del pazienteData e luogo di nascita.....

Residenza Altezza Peso

Tel. Abitazione Uff. Cell.

Medico richiedente Tel. Uff. Cell.....

**La ricetta/prescrizione che accompagna il seguente modulo deve indicare i due codici sotto specificati.
L'indicazione scorretta e/o incompleta preclude la prenotazione dell'indagine.**

	Q.TA	NOTA
92.18.6_0 –. TOMOGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1	
92.18.9_0 –. CT A COMPLETAMENTO DELLA PET	1	

Notizie anamnestiche e quesito clinico:

Chirurgia in data

Radioterapia No Si ultima seduta in data

Chemioterapiaultima seduta/ciclo in data

Ormonoterapia No Si

(*)Diabete No Si Se si, specificare il valore dell'ultima glicemia a digiunomg/dl

Insulina No Si Ipoglicemizzanti orali (specificare)

(*) Markers Tumorali: quali valoredata

(**)PSA (1)..... ng/ml, data; PSA (2).....ng/ml, data; PSA (3) ng/ml, data.....

Score di Gleason

Medico richiedente
Timbro e firma

Data.....