



*Regione del Veneto*  
*Istituto Oncologico Veneto IRCCS*  
*Presidio Ospedaliero S. Giacomo di Castelfranco Veneto*  
*Direttore: Dr. Michele Gregianin*

### **RICHIESTA ESAME PET/TC**

- TOTAL BODY ONCOLOGICO:** codici da specificare in richiesta: 92.18.6 + 92.18.9
- CEREBRALE:** oncologico non oncologico codice da specificare in richiesta: 92.11.6
- 18F-FDG  11C-COLINA  68Ga-DOTATOC  11C-METIONINA  F-DOPA

**NB: Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti allegando la documentazione richiesta, ed inviato via email a [medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it](mailto:medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it)**

**NOME DEL PAZIENTE:**.....peso.....altezza.....  
Luogo e data di nascita:.....  
Domicilio: (via, n./località/prov.):.....  
CODICE FISCALE: .....tel./cell:.....  
Provenienza: esterno/ricoverato-**Medico referente:** .....tel:.....

#### **QUESITO CLINICO E NOTIZIE ANAMNESTICHE:**

.....  
.....  
.....

#### **TERAPIA IN ATTO:**.....

Claustrofobia: si / no                      insufficienza renale: si / no (creatininemia:.....)  
Diabete: si / no      terapia: insulinica / orale      Glicemia a digiuno.....                      allergia ai mdc: si / no

#### **MARKERS TUMORALI:**

tipo	data	valore
.....	.....	.....
PSA (1).....data.....	PSA(2).....data.....	PSA(3).....data.....
Gleason Score.....		

**INTERVENTI:** si / no (tipo e data).....  
Pregressa radioterapia: si / no ( data ultima:.....)      Pregressa chemioterapia: si / no ( data ultima:.....)

Data:.....

Medico richiedente (Timbro e Firma)

**Allegare Impegnativa e fotocopie di esami Radiologici e/o Medico-Nucleari eseguiti. Data e ora dell'esame verranno comunicate telefonicamente**