



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

UOC MEDICINA NUCLEARE – sede di Castelfranco V.to

Segreteria : tel 0423-421341, Fax: 0423421343
E-mail: medicinanucleare.cfv@iov.veneto.it



MODULO RICHIESTA DI INDAGINE PET-CT

18 (*) F-FDG [] 11 (**) C-COLINA [] 18 F-DOPA [] ALTRO []

Nome del pazienteData e luogo di nascita
Residenza Altezza Peso
Tel. Abit Uff. Cell.
Medico richiedente Tel. Uff. Cell.

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

Table with 3 columns: Code, Q.TA, and NOTA. Row 1: 92.18.6_0 - TOMOGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET), 1, . Row 2: 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

Chemioterapia ultima seduta/ciclo in data
Immunoterapia Inizio terapiaultima somministrazione
Ormonoterapia No [] Si []

(*)Diabete No [] Si [] Se si, specificare il valore dell'ultima glicemia a digiuno mg/dl
Insulina No [] Si [] Ipoglicemizzanti orali (specificare)

(*) Markers Tumorali: quali valore data

(**)PSA (1) ng/ml, data ; PSA (2) ng/ml, data ; PSA (3) ng/ml,
data Score di Gleason

Data..... Medico richiedente

Timbro e firma