

 <p>UOC Medicina Nucleare</p>	<p>RICHIESTA PET-CT CON F-18 FDG Ai sensi D.Lgs 187/2000</p>	<p>M/919/138 Rev. 4 Pag 1 di 1</p>
--	--	--

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a il _____ Comune _____

Residente a _____ via _____

tel. _____ Cellulare _____ E-mail _____

Provenienza Degente presso il Reparto di _____

Esterno

*Ricoverato presso altra Struttura _____

*In caso di prestazioni a pazienti ricoverati presso altra Struttura è **necessario** compilare il Modulo di richiesta Prestazioni (M/919/75) ed inviarlo via fax alla Direzione Sanitaria fax 06-33775326. Il modulo è scaricabile dal sito www.ospedalesantandrea.it alla voce moduli on line.

Medico Referente Dr. _____ **tel.** _____

PER IL MEDICO RICHIEDENTE: La richiesta dovrà essere presentata con la seguente

impegnativa elettronica:

Codice ministeriale 92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA PET

Codice ministeriale 89.01 VISITA MEDICO NUCLEARE

RICHIESTA + IMPEGNATIVA DOVRANNO ESSERE INVIATE VIA FAX AL NUMERO 06/33776614

Tipo di esame PET-TC Total Body

PET-TC Segmentaria (specificare segmento _____)

Diagnosi (accertata o presunta) e quesito clinico: _____

Notizie anamnestiche: _____

Condizioni Generali: Autosufficiente Sedia a rotelle Barella

Claustrofobia sì no **Peso Kg.** _____ **Altezza:** _____ **Gravidanza** sì no

Diabete sì no **Terapia insulinica** / **Terapia ipoglicemizzante orale**

Urostomia : sì no **Colonstomia** : sì no

Terapie in corso: _____

Esami radiologici eseguiti: allegare copie dei referti

Esami medico-nucleari : effettuati no sì (allegare copia referti se eseguiti in altra sede)

Markers tumorali: no sì specificare tipo e data _____

Interventi chirurgici

no sì data _____ sede _____

Radioterapia

no sì data _____ sede ultimo trattamento _____

Chemioterapia

no sì data ultimo trattamento _____ n. cicli _____

Il Medico richiedente

firma e timbro

Roma li, _____
