

	<p align="center"><i>Ospedale Civile "A. Cardarelli" - ASREM</i> <i>Campobasso U.O.S.V.D di Medicina Nucleare</i></p>	<p align="right">Tel 0874409417</p>	
<p align="center">Modulo Prenotazione PET</p>		<p>Rev. 00 Data 28/09/22</p>	<p>M_OL_01</p>

RICHIESTA DI ESAME PET-TC CEREBRALE con 18F-FDG
(da compilare dal Medico Specialista Richiedente)

Cognome e Nome del paziente

Luogo di nascita **Residente a** **tel**

Provenienza Ricoverato **DH** **Esterno**

Medico Richiedente **Tel.**.....

Descrizione del quesito clinico e brevi cenni anamnestici

- TEST COGNITIVI E VALUT. NEUROPSICOLOGICA eseguiti in data: (breve descrizione o allegare copia)

- RM ENCEFALO e/o TC ENCEFALO eseguite in data: (breve descrizione o allegare copia)

- EVENTUALI ULTERIORI ESAMI RADIOLOGICI O MEDICO NUCLEARI: (breve descrizione o allegare copia)

TERAPIA IN CORSO.....

Diabete: si no terapia:

Peso: Altezza: Autosufficiente no si ; Barellato no si ; Claustrofobia no si

Il paziente dovrà portare con sé la documentazione clinica, il materiale radiografico (CD) e l'impegnativa SSN riportante i codici: 92.11.6 Tomoscintigrafia cerebrale (PET) e 897 Visita medico nucleare.

Data Richiesta

Il Medico Richiedente (Timbro e Firma)

DATA E ORA DELL'ESAME VERRANNO COMUNICATE TELEFONICAMENTE O VIA MAIL

Compilare la scheda in tutti i suoi campi e farla pervenire via mail all'indirizzo: medicina.nucleare@asrem.org