

	<b>Ospedale Civile "A. Cardarelli" - ASREM</b> <b>Campobasso U.O.S.V.D di Medicina Nucleare</b>		Tel 0874409417
	Modulo Prenotazione PET		Rev. 00 Data 28/09/22 M_OL_03

**RICHIESTA DI ESAME PET-TC TOTAL BODY con 18F-FLUCICLOVINA**  
(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

Motivo della richiesta: STAGING    FOLLOW UP    RECIDIVA O RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA

ULTIMI VALORI PSA:                    ng/ml in data                    ;                    ng/ml in data                    ;

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

Esami Radiologici e/o Medico-Nucleari: Allegare Fotocopie Referti

Interventi Chirurgici:

Chemioterapia:    no    si→data ultimo trattamento:

Ormonoterapia:    no    si→data ultimo trattamento:

Radioterapia:    no    si→data ultimo trattamento:

Biopsia:            no    si→Esito:

Gleason score:

**Il paziente dovrà portare con sé la documentazione clinica, il materiale radiografico (CD) e l'impegnativa SSN riportante i codici: 92.18.6 Tomoscintigrafia globale corporea (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](mailto:medicina.nucleare@asrem.org)