



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

U.O.C. Medicina Nucleare
Segreteria Tel. 0965.397307/397204 Fax: 0965.397393
e-mail: medicina.nucleare@ospedalerc.it

PROPOSTA DI ESAME PET-TC con 18F-FDG

(da compilare da parte del medico curante)

Inviare via fax 0965-397393 o via mail medicina.nucleare@ospedalerc.it

Sig. _____

nato a _____ il _____

Residente a _____

via _____

Tel. _____

Diagnosi _____

Quesito diagnostico _____

Altre patologie concomitanti _____

Claustrofobia Si No Altezza (cm) _____ Peso (Kg) _____

Paziente Autonomo in Barella

Diabete Si No Terapia Insulinica Si (tipo di insulina _____)

Terapia ipoglicemizzante orale Si No

Specificare _____

Ha eseguito cicli di chemioterapia: Si No Data ultimo ciclo _____

Ha eseguito radioterapia: Si No Data ultimo ciclo _____

Ha subito interventi chirurgici: Si No

specificare _____

Altre terapie oncologiche effettuate od in corso (biologici, fattori di crescita, ecc),

specificare quali _____

Terapie in atto _____

La paziente ha in corso o sospetta una gravidanza Sì No

La paziente ha in corso allattamento Sì No

Il paziente al momento dell'effettuazione dell'indagine PET/TC dovrà esibire al medico nucleare la documentazione radiologica o medico-nucleare e di laboratorio in suo possesso.

IL MEDICO CURANTE:

(Timbro e firma)

Il paziente autorizza, ai sensi del D.Lgs 196/2003, al trattamento dei propri dati personali.

Data ___/___/_____

Il paziente