

RICHIESTA DI ESAME PET-TC CON F-18-Metil-colina

Cognome e Nome del Paziente.....

Nato il..... a.....

Residente a..... via..... tel.....

Provenienza Ricoverato osp..... Reparto.....

Medico Referente..... tel.....

Tipo di esame PET-TC Total Body eventuale segmento aggiuntivo.....

Diagnosi (accertata o presunta) e quesito clinico:
.....
.....

Notizie anamnestiche:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Claustrofobia sì no

Peso Kg.....Altezza.....

Valore PSA in incremento dal

Gleason Score.....

Terapie in atto:

Esami radiologici eseguiti:

Esami medico-nucleari :

Altri Markers tumorali specificare tipo e data.....

Prostatectomiasi.....no.....data.....

Interventi.....
.....

Radioterapia.....

Chemioterapia.....

Data.....

Il Medico richiedente (firma e timbro)