

RICHIESTA DI ESAME PET-TC CON F-18 FDG

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

Diagnosi (accertata o presunta) e quesito clinico:

.....

Notizie anamnestiche:

.....

.....

.....

.....

Claustrofobia sì no

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

Diabete sì no

Terapie in atto:

Esami radiologici eseguiti:

Esami medico-nucleari :

Markers tumorali: specificare tipo e data.....

Interventi.....

.....

Radioterapia.....

Chemioterapia.....

Data.....

Il Medico richiedente (firma e timbro)