



Richiesta esame PET/TC

Modulo unico di prenotazione regione Abruzzo

Per valutare la corretta indicazione all'esame, è necessario compilare **IN STAMPATELLO** il presente modulo **in tutte le sue parti (pena l'annullamento della richiesta)**, che dovrà essere inviato via email al centro di Medicina Nucleare selezionato. **Si prega di selezionare la TIPOLOGIA DI ESAME RICHIESTA, un solo tipo di radiofarmaco e un solo centro di Medicina Nucleare.**

PET-TC TOTAL-BODY

PET-TC CEREBRALE

FDG Colina Fluciclovina PSMA DOPA AMILOIDE

- ASL 1 (Avezzano-Sulmona-L'Aquila): prenotamn@asl1abruzzo.it tel. 0862/368770
 ASL 2 (Lanciano-Vasto-Chieti): pet.chieti@asl2abruzzo.it tel. 0871/357474
 ASL 3 (Pescara): medicinanucleare.pet@asl.pe.it tel. 085/4252793 - 085/4252260
 ASL 4 (Teramo): centro.pet@aslteramo.it tel. 0861/429210

Cognome e nome: C.F.:
 Luogo di nascita: Prov.: Data:
 Residente a: Prov.: Via:
 Tel.: Cell.: Email:
 Provenienza: Ambulatoriale Ricoverato in:
 Medico richiedente: Tel.:
 Mobilità paziente: Deambulante Carrozzina Barella

Notizie anamnestiche e quesito clinico

Caratterizzazione metabolica Completamento di stadiazione Controllo Ristadiazione per sospetta recidiva Valutazione risposta tp

Interventi chirurgici (tipo e data)

Radioterapia (sede del trattamento e data ultima seduta):
 Chemioterapia/tp biologica (tipo e data ultimo ciclo): prossimo ciclo
 1° Esame PET/CT Controllo Data ultima PET/CT eseguita:
 Prossimo controllo specialistico ambulatoriale programmato in data:
 Eventuale data/periodo utile per eseguire l'esame PET/CT:
 Claustrofobia: no si Peso e altezza: Kg cm
 Diabete: no si Antidiabetici orali Insulina

Data Il Medico richiedente
(timbro e firma)

N.B. si rammenta che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta al Medico Nucleare secondo quanto all'art. 5 del D.Lgs 101/2020

E' necessario allegare le copie dei referti degli esami radiologici e medico-nucleari eseguiti in precedenza

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente