

SCHEDA DI PRENOTAZIONE PET/CT CEREBRALE

☐ **FDG**

COGNOME e NOME

Nato/a il/...../..... a C.F.

Residente a Via

TELemail.....codice esenzione.....

Provenienza: ☐ Ricoverato/Reparto ☐ Esterno

MEDICO INVIANTE TELe-mail

PATOLOGIA DI BASE.....**DATA DIAGNOSI**.....

.....

.....

MMSE Carbidopa: ☐ si ☐ no

Data chirurgia Data ultima chemioterapia..... Data ultima radioterapia.....

Precedenti esami TC/RM

Precedenti esami PET/CT e/o SCINTIGRAFIA CEREBRALE

Terapia in corso (relativa alla patologia in esame):

Cortisone: ☐ si ☐ no ☐ Altro:

Diabete: ☐ no ☐ si ☐ Antibiotici orali ☐ Insulina

Paziente: ☐ DEAMBULANTE ☐ IN CARROZZINA ☐ BARELLA ☐ COLLABORANTE

PESO PAZIENTE(KG)

ALTEZZA PAZIENTE(CM)

NB: ALLEGARE AL PRESENTE MODULO LA COPIA DELL' IMPEGNATIVA PRESCRITTA PER FARE QUESTO ESAME

Impegnativa:

89.7B.3 (cod. reg. 10178) PRIMA VISITA MEDICINA NUCLEARE

92.11.6 (cod. reg. 50457) TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI (PET) CEREBRALE CON FDG

NB: ALLEGARE AL PRESENTE MODULO COPIA DI TUTTA LA RECENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA INERENTE ALLA PATOLOGIA IN ESAME: PER ES: RELAZIONE CLINICA/LETTERA DI DIMISSIONE; REFERTI DELLE INDAGINI DIAGNOSTICHE PIU'RECENTI, COME TC, RM, SCINTIGRAFIE, TEST NEUROPSICLOGICI.

Firma.....