



Mod. 001-00 IOMN25

### MODULO RICHIESTA ESAME PET/TC con 18F-FDG

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ COMUNE RESIDENZA (PROV.) \_\_\_\_\_ RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

PROVENIENZA  ESTERNO (allegare impegnativa)  DAY-HOSPITAL  RICOVERATO

PAZIENTE AUTONOMO SI NO PAZIENTE BARELLATO SI NO PAZIENTE IN CARROZZINA SI NO

MEDICO RICHIEDENTE: Dr. \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA DI BASE** (indicare l'istologia): \_\_\_\_\_

- STADIAZIONE
- RISTADIAZIONE
- CONTROLLO DURANTE TERAPIA
- CONTROLLO POST-TERAPIA
- SOSPETTA PROGRESSIONE CON DIAGNOSTICA CONVENZIONALE NEGATIVA

**CHIRURGIA** (data e tipo di intervento)

CHEMIOTERAPIA data termine ultimo ciclo di terapia: \_\_\_\_\_ RADIOTERAPIA data termine ultimo trattamento: \_\_\_\_\_  
 SI  SI  
 NO  NO

MARKERS TUMORALI:  NEGATIVI  IN AUMENTO Valore: ( )  NON DISPONIBILI

PET precedenti:  NO  SI Data e Sede: \_\_\_\_\_

Altri esami:

#### NOTIZIE PARTICOLARI

PESO: (Kg ) ALTEZZA: (cm )

DIABETE:  SI TERAPIA:  INSULINICA  IPOGLICEMIZZANTE ORALE  NO

Data \_\_\_\_\_ MEDICO RICHIEDENTE (Timbro e Firma) \_\_\_\_\_