azienda sanitaria locale matera
U.O.S.D. Medicina Nucleare e Diagnostica PET-Tc
P.O. "Madonna delle Grazie"
Direttore: Dott. Saverio Schiavariello

SCHEDA RICHIESTA ESAME PET-AMILOIDE

IL MODULO VA DEBITAMENTE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE. TRASMETTERE VIA FAX: 0835-253673

N.B. PER PRENOTARE L'ESAME OCCORRE CONTATTARE DIRETTAMENTE IL REPARTO AL SEGUENTE NUMERO: 0835252002.

_____
Cognome Nome Data di nascita

_____
Luogo di Residenza ricoverato (specificare ospedale e reparto) Telefono Paziente

_____
Medico Proponente Specificare istituzione Telefono/Fax

RELAZIONE del NEUROLOGO

_____

_____

_____

_____

_____

PESO Kg. ..... ALTEZZA cm. ..... CLAUSTROFOBIA: (S I') NO ( ); ANSIETA' (SI') (NO)

_____
MEDICO PROPONENTE _____ li, _____.
(FIRMA - TIMBRO)

Sintomatologia soggettiva d'esordio:
☐ Memoria ☐ Linguaggio ☐ Visuospaziale ☐ Esecutivo ☐ Aprassie ☐Attenzione☐ Comportamento

Sospetto diagnostico sindromico: ☐ Decadimento Cognitivo Lieve o MCI
☐ Demenza di Alzheimer Possibile ☐ Demenza di Alzheimer Probabile ☐ Demenza Atipica
☐ Demenza Fronto-temporale ☐ Demenza Vascolare ☐ Demenza a corpi di Lewy ☐ Altro
_____
In caso di MCI indicare se deficit preminente di tipo: ☐ Amnesico ☐ Non-amnesico ☐ Singolo dominio ☐ Multi-dominio **Punteggio MMSE grezzo**____/30 ; corretto per età e scolarità: ___/30.

Informazioni per i pazienti. La PET-amiloide è una tecnologia diagnostica che consente di esaminare, in modo diretto ed in vivo una delle principali lesioni patologiche della malattia di Alzheimer, ovvero la deposizione della proteina β-amiloide nel cervello; l'utilità della metodica consente pertanto di supportare la diagnosi eziologica di malattia di Alzheimer e di essere uno strumento di diagnosi precoce, precisa e tempestiva.

Controindicazioni: Gravidanza e Allattamento

Preparazione del Paziente: la compilazione di questo modulo è assolutamente necessaria per poter eseguire l'esame.