



**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-FDG**

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

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

Medico Proponente \_\_\_\_\_ Specificare istituzione \_\_\_\_\_ Telefono/Fax \_\_\_\_\_

Quesito Clinico: DIAGNOSI ( ) STADIAZIONE INIZIALE ( ) RISTADIAZIONE E/O VALUTAZIONE RISPOSTA A RADIO/CHEMIOTERAPIA ( ) ALTRO .....

Anamnesi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esami di diagnostica per immagini eseguiti (precisare ed allegare copia dei referti ): \_\_\_\_\_

INTERVENTI CHIRURGICI SI' (Eseguito in data ..... ) NO ( )  
RADIOTERAPIA SI' (Ultimo ciclo in data ..... ) NO ( )  
CHEMIOTERAPIA SI' (Ultimo ciclo in data ..... ) NO ( )  
ALTRE TERAPIE in atto o TERAPIA CORTISONICA .....

NODULO POLMONARE ( ); NEOPLASIA POLMONARE ( ); NEOPLASIA COLON-RETTALE( ); MELANOMA( );  
LINFOMA( ); NENEOPLASIA TESTA-COLLO( ); NEOPLASIA ESOFAGEA( ); NEOPLASIA MAMMELLA( );  
NEOPLASIA GASTRICA( ); NENEOPLASIA UTERO-OVAIO( ); VITALITA' MIOCARDICA( );  
ALTRO .....

DIABETE: SI ( ) (specificare tipo di terapia ..... ) NO ( )

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

MEDICO PROPONENTE \_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_  
(FIRMA - TIMBRO)

N.B.: la prenotazione della **PET-TC con mdc** fa fatta contattando direttamente la segreteria del reparto al numero sottoindicato.