



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.