

MODULO RICHIESTA ESAME PET-TC

COGNOME _____ NOME _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ COMUNE DI RESIDENZA (PROV.) _____ RECAPITO TELEFONICO _____

PROVENIENZA ESTERNO (allegare impegnativa) DAY-HOSPITAL RICOVERATO

MEDICO RICHIEDENTE _____ TELEFONO _____

PATOLOGIA DI BASE (indicare istologica) _____

STADIAZIONE CONTROLLO DURANTE TERAPIA
 RISTADIAZIONE CONTROLLO POST TERAPIA
 PUNTUALIZZAZIONE REPERTO DUBBIO SOSPETTO DI PROGRESSIONE, DIAGNOSTICA CONVENZIONALE NEG

CHIRURGIA (DATA E TIPO DI INTERVENTO) _____

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

MARKERS TUMORALI: NEGATIVI IN AUMENTO Valore: _____ NON DISPONIBILI

PET precedenti: NO SI Data e sede: _____

Altri esami: _____

NOTIZIE PARTICOLARI

PESO kg _____

DIABETE: SI TERAPIA: INSULINICA IPOGLICEMIZZANTE ORALE NO

ESAME TC DIAGNOSTICA CON MDC IODATO DURANTE ESAME PET-TC RICHIESTO? SI NO

a) Allergie al mdc iodato SI NO Altre note allergie SI NO

b) Si possono escludere ipertireosi, insufficienza renale o epatica grave, paraproteinemia di Waldenstrom, mieloma multiplo, grave sofferenza miocardica o cardio-respiratoria, e asma bronchiale SI NO

SI PREGA DI ALLEGARE IL MODULO PER ESAME TC DIAGNOSTICA SE RICHIESTA

N.B. il materiale radiografico ed in particolare gli esami TC o RM dovranno essere disponibili al momento dell'effettuazione dell'esame. Il modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato al reparto di Medicina Nucleare – Centro PET-TC o **inviato al fax 0471 908019**; la data dell'esecuzione dell'esame verrà successivamente comunicata al medico richiedente.

Data _____ MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma) _____

Nuklearmedizin - Medicina Nucleare
Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen
Tel. 0471 908313
E-mail: mednuc@asbz.it

Radiologie - Radiologia
Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 908348
E-mail: radio@asbz.it

Firmentebezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano



ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR PET-CT UNTERSUCHUNG

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEBURTSORT UND - DATUM _____

ADRESSE _____ PLZ _____ WOHNSITZ (PROV) _____ TELEFON _____

HERKUNFT EXTERN (Bewilligung beilegen) DAY-HOSPITAL STAZIONÄR

ZUWEISENDER ARZT _____ TELEFON _____

GRUNDERKRANKUNG (Histologie angeben) _____

STAGING VERLAUFSKONTROLLE UNTER CHEMIO- ODER RADIOTHERAPIE
 RESTAGING KONTROLLE NACH CHEMIO- ODER RADIOTHERAPIE
 ZWEIFELHAFTER BEFUND PROGRESSIONSVERDACHT BEI NEGATIVER KONVENTIONELLER DIAGNOSTIK

CHIRURGIE (OP-TERMIN UND ART DES EINGRIFFES) _____

CHEMOTHERAPIE JA Ende des letzten Therapiezyklus: _____ NEIN
RADIOTHERAPIE JA Letzter Tag der letzten Bestrahlung: _____ NEIN

TUMORMARKER: NEGATIV IM ANSTIEG Wert: _____ NICHT VERFÜGBAR

Vorhergehende PET: NEIN JA Ort und Datum: _____

Andere Untersuchungen: _____

ANMERKUNGEN

GEWICHT IN kg _____

DIABETES: JA THERAPIE: INSULIN ORALE ANTIDIABETIKA NEIN

IST EINE **DIAGNOSTISCHE CT-KONTROLLE MIT KM** IM RAHMEN DER PET-CT VORGESEHEN? JA NEIN

a) bekannte Allergie auf jodhaltiges KM JA NEIN Andere bekannte Allergien JA NEIN
b) Können Hyperthyreose, schwere Nieren- und Leberinsuffizienz, Paraproteinämie Waldenström, Multiples Myelom, schwere Herz - oder Ateminsuffizienz und Bronchialasthma ausgeschlossen werden? JA NEIN

FALLS EINE DIAGNOSTISCHE CT VORGESEHEN IST, BITTE CT-ZUWEISUNGSFORMULAR GETRENNT BEILEGEN

N.B. Radiologische Untersuchungen, insbesondere CT und MR-Untersuchungen müssen bei Untersuchungsdurchführung zur Verfügung stehen. Dieser Vordruck muss, in allen Punkten ausgefüllt, in der Nuklearmedizin des Hauses – PET-CT Zentrum - abgegeben, bzw. per Fax unter der Nr. **0471 908019** zugestellt werden; das Datum der Untersuchungsdurchführung wird anschließend dem zuweisenden Arzt mitgeteilt werden.

Datum _____ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) _____

Nuklearmedizin - Medicina Nucleare
Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen
Tel. 0471 908313

E-mail: mednuc@asbz.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Radiologie - Radiologia
Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 908348

E-mail: radio@asbz.it

Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano