

RICHIESTA PET/TC con ¹⁸F-FDG

COGNOME					NOME				
ETA'		PESO		ALTEZZA		Telefono			

PET/TCcerebrale totale corporea segmentaria DIABETE SI NO TERAPIA CON INSULINA SI NO Claustrofobico si no Deambulante si no

QUESITO CLINICO: _____

ESAMI ALLEGATI:

TC RM SO PET/TC **Tutti i referti degli esami precedentemente effettuati devono essere allegati in fotocopia al seguente modulo.**CHT si no terminata _____RT si no terminata _____

Altro _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

INTERVENTI CHIRURGICI _____

PROTESI _____ TRAUMI E/O INFEZIONI _____

MEDICO RICHIEDENTE: _____

STRUTTURA: _____

TEL. _____ FAX _____

FIRMA: _____

NB: non compilare al di sotto della linea.

CONFERMA RICEZIONE: _____

APPUNTAMENTO IN DATA: _____

PRECAUZIONI: _____

Visto. Il Medico Nucleare