

<b>COGNOME</b>					<b>NOME</b>			
<b>ETA'</b>		<b>PESO</b>		<b>ALTEZZA</b>		<b>Telefono</b>		

**PET/TC**cerebrale  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