

RICHIESTA DI FP-CIT I-123 (DATSCAN)

COGNOME _____ NOME _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROVENIENZA (Città, Ospedale) _____ TELEFONO _____

MEDICO REFERENTE _____ TELEFONO _____

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO ATTUALE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> MORBO DI PARKINSON IDIOPATICO | <input type="checkbox"/> DEGENERAZIONE CORTICOBASALE |
| <input type="checkbox"/> TREMORE ESSENZIALE | <input type="checkbox"/> DEMENZA DA CORPI DI LEWY DIFFUSI |
| <input type="checkbox"/> DEMENZA DI ALZHEIMER | <input type="checkbox"/> PARALISI SOPRANUCLEARE PROGRESSIVA |
| <input type="checkbox"/> ATROFIA MULTISISTEMICA | <input type="checkbox"/> DEMENZA VASCOLARE |
| <input type="checkbox"/> PARKINSONISMO VASCOLARE | <input type="checkbox"/> PARKINSONISMO PSICOGENO |
| <input type="checkbox"/> PARKINSONISMO IATROGENO | <input type="checkbox"/> ALTRO _____ |

TEMPO DI INSORGENZA DI SEGNI E SINTOMI _____

SEGNI E SINTOMI

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> BRADICINESIA | <input type="checkbox"/> RIGIDITÀ | |
| <input type="checkbox"/> TREMORE A RIPOSO SEDE | <input type="checkbox"/> ARTO SUPERIORE SINISTRO | <input type="checkbox"/> ARTO SUPERIORE DESTRO |
| | <input type="checkbox"/> ARTO INFERIORE SINISTRO | <input type="checkbox"/> ARTO INFERIORE DESTRO |
| <input type="checkbox"/> TREMORE POSTURALE | <input type="checkbox"/> INSTABILITÀ POSTURALE | |
| <input type="checkbox"/> COESISTENZA DETERIORAMENTO COGNITIVO | <input type="checkbox"/> SÌ | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> ALTRE PATOLOGIE CONCOMITANTI _____ | | |

Test alla L-DOPA SÌ positivo ; negativo NO

SCALA DI VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DEL QUADRO CLINICO

SCALA DI HOEHN E YAHR _____

SCALA UPDRS _____

TERAPIA FARMACOLOGICA (segnalare da quanto tempo) - **NB: devono essere sospesi da almeno 24 ore i farmaci interferenti col sistema dopaminergico (amfetamine, benzotropina, cocaina, mazindolo, sertralina, metilfenidato, fentermina)**

Data _____ MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma) _____

IL MODULO VA COMPILATO IN OGNI SUA PARTE - TRASMETTERE VIA FAX A 0471 908019

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

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 908313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano

ZUWEISUNG FÜR FP-CIT ¹²³I (DATSCAN)

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEBURTSORT UND - DATUM _____

HERKUNFT (Stadt, Krankenhaus) _____ TELEFON _____

BEZUGSARZT _____ TELEFON _____

AKTUELLE VERDACHTSDIAGNOSE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> IDIOPATISCHER PARKINSONISMUS | <input type="checkbox"/> KORTIKOBASALE DEGENERATION |
| <input type="checkbox"/> ESENTIELLER TREMOR | <input type="checkbox"/> LEWY - KÖRPER- DEMENZ |
| <input type="checkbox"/> ALZHEIMER-DEMENZ | <input type="checkbox"/> PROGRESSIVE SUPRANUKLEÄRE LÄHMUNG |
| <input type="checkbox"/> MULTISYSTEMATROPHIE | <input type="checkbox"/> MULTI-INFARKT-DEMENZ |
| <input type="checkbox"/> VASKULÄRE PARKINSON SYNDROM | <input type="checkbox"/> PSYCHOGENER PARKINSONISMUS |
| <input type="checkbox"/> IATROGENER PARKINSONISMUS | <input type="checkbox"/> ANDERE _____ |

BEGINN DER ZEICHEN UND SYMPTOME _____

ZEICHEN UND SYMPTOME

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> BRADYKINESIE | <input type="checkbox"/> RIGOR |
| <input type="checkbox"/> RUHETREMOR | LOKALISATION <input type="checkbox"/> OBERE GLIEDMASSEN LINKS <input type="checkbox"/> OBERE GLIEDMASSEN RECHTS |
| | <input type="checkbox"/> UNTERE GLIEDMASSEN LINKS <input type="checkbox"/> UNTERE GLIEDMASSEN RECHTS |
| <input type="checkbox"/> POSTURALER TREMOR | <input type="checkbox"/> POSTURALE INSTABILITÄT |
| <input type="checkbox"/> ZEITGLEICHE KOGNITIVE VERSCHLECHTERUNG | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN |
| <input type="checkbox"/> ANDERE BEKANNTE KRANKHEITEN _____ | |

L-DOPA Test JA positiv ; negativ NEIN

SKALAVERFAHREN ZUR STADIENBESTIMMUNG DES KLINISCHEN SCHWEREGRADES

SKALA NACH HOEHN UND YAHR _____

UPDRS SKALA _____

PHARMAKOLOGISCHE THERAPIE (angeben seit wann) - **Medikamente, welche die DaTSCAN-Untersuchung beeinflussen, sollten mindestens 24 Stunden vor der Untersuchung abgesetzt werden (Amphetamine, Benzatropin, Kokain, Mazindol, Sertralin, Methylphenidat, Phentermin)**

Datum _____ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) _____

DAS AUSGEFÜLLTE FORMULAR AN DIE FAX-NR. 0471 908019 SCHICKEN

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

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 908313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it

Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano