

MODULO RICHIESTA TERAPIA 177Lu-PSMA (PLUVICTO®)

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____ RECAPITO TELEFONICO _____

IN REGIME DI ☐ ESTERNO ☐ DAY-HOSPITAL ☐ RICOVERO REPARTO _____

MEDICO RICHIEDENTE _____ TELEFONO _____

PESO KG _____

AUTOSUFFICIENTE SÌ ☐ NO ☐

NECESSITA DI ULTERIORI AUSILI SÌ ☐ NO ☐ Se SÌ, quali? _____

ALLERGIE NOTE SÌ ☐ NO ☐ Se SÌ, quali? _____

INCONTINENZA SÌ ☐ NO ☐

PATOLOGIA _____

GLEASON SCORE _____ PSA (alla prima diagnosi) _____

DATA E TIPO DI INTERVENTO _____

DATA E DOSE DI RADIOTERAPIA ALTRE SEDI _____

PSA TOTALE attuale _____

ULTIMO VALORE DI TESTOSTERONE $\leq 50\text{ng/dL}$ SÌ ☐ NO ☐

Se SÌ, indicare il trattamento per l'ottenimento della castrazione

☐ BUSERELIN

☐ GOSERELIN

☐ LEUPROLIDE

☐ TRIPTORELINA

☐ DEGARELIX

☐ ORCHIECTOMIA BILATERALE

☐ ALTRO: indicare _____

Nuklearmedizin

Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen

Tel. 0471 438313

E-mail: nuklearmedizin.bz@sabes.it

Südtiroler Sanitätsbetrieb

Medicina Nucleare

Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano

Tel. 0471 438313

E-mail: medicina-nucleare.bz@sabes.it

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

PERFORMANCE STATUS (ECOG)

FUNZIONALITA' EPATICA MANTENUTA SÌ ☐ NO ☐

TERAPIA ORMONALE LH.RH SÌ ☐ NO ☐ Se SÌ, FARMACO UTILIZZATO _____

TERAPIA CON NUOVO AGENTE ORMONALE (NHA) SÌ ☐ NO ☐

Se SÌ, indicare l'agente NHA utilizzato

☐ ABIRATERONE data term / /

☐ ENZALUTAMIDE data termine __/__/__

☐ ALTRO: indicare _____ data termine ____/____/____

CHEMIOTERAPIA 1ª LINEA (DOCETAXEL) ☐ data termine / /

2ª LINEA (CABAZITAXEL) ☐ data termine / /

MOTIVARE SE NON CANDIDABILE ALLA CHEMIOTERAPIA DI SECONDA LINEA

TERAPIA CON DIFOSFONATI SÌ ☐ NO ☐

TERAPIA CON INIBITORI DI RANKL SÌ ☐ NO ☐

ALTRE TERAPIE _____

N.B. il materiale radiografico ed in particolare gli esami TC o RM dovranno essere disponibili al momento dell'effettuazione della terapia.

Il modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato al reparto di Medicina Nucleare - Centro PET-TC (tel. 0471 438313) o **inviato al fax 0471 438016**; la data dell'esecuzione della terapia verrà successivamente comunicata al medico richiedente.

Data ____/____/____ MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma) _____

Nuklearmedizin
Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen
Tel. 0471 438313
E-mail: nuklearmedizin.bz@sabes.it
Südtiroler Sanitätsbetrieb

Medicina Nucleare
Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 438313
E-mail: medicina-nucleare.bz@sabes.it
Azienda Sanitaria dell'Alto Adige