

## MODULO RICHIESTA ESAME PET-TC CON <sup>18</sup>F-FDG

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

PROVENIENZA  ESTERNO (allegare impegnativa)  DAY-HOSPITAL  RICOVERATO

MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

PATOLOGIA DI BASE

- CITO-ISTOLOGIA:

- DATA DI DIAGNOSI:

STADIAZIONE BASALE  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: \_\_\_\_\_  
 NO

RADIOTERAPIA

SI data termine: \_\_\_\_\_ sede: \_\_\_\_\_  
 NO

TERAPIA ORMONALE

SI quale: \_\_\_\_\_ data inizio: \_\_\_\_\_  
 NO

TARGET THERAPY

SI quale: \_\_\_\_\_ data inizio: \_\_\_\_\_  
 NO

TERAPIA LOCO-REGIONALE

SI quale: \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_  
 NO

TERAPIA CON BIFOSFONATI

SI data inizio: \_\_\_\_\_  
 NO

PLEURODESI  SI  NO

IMMUNOTERAPIA  NO  SI data inizio: \_\_\_\_\_

MARKERS TUMORALI:  NEGATIVI  IN AUMENTO quale: \_\_\_\_\_ ultimo valore: \_\_\_\_\_  NON DISPONIBILI  
(se di impiego validato)

DIABETE:  SI TERAPIA:  INSULINICA  IPOGLICEMIZZANTE ORALE  NO

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) \_\_\_\_\_

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

## ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR PET-CT UNTERSUCHUNG MIT <sup>18</sup>F-FDG

NACHNAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_ GEB. AM \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

HERKUNFT  EXTERN (Bewilligung beilegen)  DAY-HOSPITAL  STATIONÄR

ZUWEISENDER ARZT \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

GRUNDERKRANKUNG  
- HISTOLOGIE:  
- DATUM DER DIAGNOSE:

ERSTES STAGING  VERLAUFSKONTROLLE UNTER THERAPIE  
 RESTAGING  KONTROLLE NACH THERAPIE  
 ZWEIFELHAFTER BEFUND  PROGRESSIONSVERDACHT BEI NEGATIVER KONVENTIONELLER DIAGNOSTIK

CHIRURGIE (OP-TERMIN UND ART DES EINGRIFFES) \_\_\_\_\_

CHEMOTHERAPIE  JA Ende des letzten Therapiezyklus: \_\_\_\_\_  NEIN  
RADIOTHERAPIE  JA Abschlussdatum: \_\_\_\_\_ Lokalisation: \_\_\_\_\_  
 NEIN

HORMONOTHERAPIE  JA Typ: \_\_\_\_\_ Therapieanfang: \_\_\_\_\_  NEIN  
TARGET THERAPY  JA Typ: \_\_\_\_\_ Therapieanfang: \_\_\_\_\_  
 NEIN

LOCO-REGIONALE THERAPIE  JA Typ: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  NEIN  
BISPHOSPHONAT THERAPIE  JA Therapieanfang: \_\_\_\_\_  
 NEIN

PLEURODESE  JA  NEIN IMMUNOTHERAPIE  NEIN  JA Therapieanfang: \_\_\_\_\_

TUMORMARKER: (falls validiert)  NEGATIV  IM ANSTIEG Typ: \_\_\_\_\_ Letzter Wert: \_\_\_\_\_  NICHT VERFÜGBAR

DIABETES:  JA THERAPIE:  INSULIN  ORALE ANTIDIABETIKA  NEIN

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.

Datum \_\_\_\_\_ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) \_\_\_\_\_