

MODULO RICHIESTA ESAME PET-TC CON ¹⁸F-FDG (Linfoma e Mieloma Multiplo)

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____ RECAPITO TELEFONICO _____

PROVENIENZA ESTERNO (allegare impegnativa) DAY-HOSPITAL RICOVERATO

MEDICO RICHIEDENTE _____ TELEFONO _____

LINFOMA DI HODGKIN LINFOMA NON HODGKIN MIELOMA MULTIPLO

ISTOLOGIA: _____

STADIO I-II sottodiaframmatico sovradiaframmatico STADIO III-IV
BULKY SI NO

STADIAZIONE PRE-TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE PRECOCE DURANTE IL TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE AL TERMINE DEL TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE NEL FOLLOW-UP IN SOSPETTO CLINICO DI RIPRESA

TERAPIA DI PRIMA LINEA
DATA TERMINE ULTIMO CICLO DI TERAPIA: _____

RISTADIAZIONE PRE-TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE PRECOCE DURANTE IL TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE AL TERMINE DEL TRATTAMENTO

TERAPIA DI SECONDA LINEA

IMMUNOTERAPIA NO SI NOME FARMACO _____ DATA INIZIO _____
 TARGETTERAPIA NO SI NOME FARMACO _____ DATA INIZIO _____

NOTIZIE PARTICOLARI

PESO kg _____

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 (per pazienti esterni).
Il modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato al reparto di Medicina Nucleare - Diagnostica 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) _____

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR PET-CT UNTERSUCHUNG MIT ¹⁸F-FDG (Lymphom und Multiples Myelom)

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEB. AM _____ TELEFON _____

HERKUNFT EXTERN (Bewilligung beilegen) DAY-HOSPITAL STATIONÄR

ZUWEISENDER ARZT _____ TELEFON _____

MB. HODGKIN NON HODGKIN LYMPHOM MULTIPLES MYELOM

HISTOLOGIE: _____

STADIUM I-II subdiafragmal supradiafragmal STADIUM III-IV
BULKY JA NEIN

STAGING VOR THERAPIEBEGINN
 FRÜHES RESTAGING UNTER THERAPIE
 RESTAGING AM THERAPIEENDE
THERAPIE DER ERSTEN LINIE
ENDE DES THERAPIEZYKLUS AM: _____

RESTAGING BEI KLINISCHEM VERDACHT AUF REZIDIV
 RESTAGING
 FRÜHES RESTAGING UNTER THERAPIE
 RESTAGING AM THERAPIEENDE
THERAPIE DER ZWEITEN LINIE

IMMUNTHERAPIE NEIN JA MEDIKAMENTEN NAME _____ THERAPIEANFANG _____
 TARGETTHERAPIE NEIN JA MEDIKAMENTEN NAME _____ THERAPIEANFANG _____

ANMERKUNGEN

GEWICHT IN kg _____

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 werden.

Datum _____ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) _____