

MODULO RICHIESTA ESAME PET CEREBRALE CON ¹⁸F-FDG

COGNOME _____ NOME _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____

PROVENIENZA (Città, Ospedale) _____ TELEFONO _____

MEDICO REFERENTE _____ TELEFONO _____

PROVENIENZA ESTERNO (allegare impegnativa) DAY-HOSPITAL RICOVERATO

ORIENTAMENTO DIAGNOSTICO ATTUALE

DEMENZA FRONTOTEMPORALE DEGENERAZIONE CORTICOBASALE
 PARKINSON DEMENZA DEMENZA DA CORPI DI LEWY DIFFUSI
 MALATTIA DI ALZHEIMER DEMENZA MISTA
 DEMENZA VASCOLARE ALTRO _____

SEGNI E SINTOMI

DETERIORAMENTO COGNITIVO
 Deficit di memoria Deficit di pianificazione Disturbo del linguaggio Deficit di attenzione Aprassia
 DISTURBI COMPORTAMENTALI
 Sintomi affettivi Sintomi psicotici Disturbo di condotta Altro _____
 OBIETTIVITÀ NEUROLOGICA
 Segni focali Segni extrapiramidali Segni cerebellari Disturbo della marcia Riflessi patologici Mioclonie

TEMPO DI INSORGENZA DI SEGNI E SINTOMI _____

VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA

MMSE _____ CLOCK TEST _____ ADL _____ IADL _____

TERAPIA FARMACOLOGICA (segnalare da quanto tempo)

Data _____ MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma) _____

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

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR HIRN PET-CT UNTERSUCHUNG MIT ¹⁸F-FDG

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEBURTSORT UND - DATUM _____

HERKUNFT (Stadt, Krankenhaus) _____ TELEFON _____

BEZUGSARZT _____ TELEFON _____

HERKUNFT EXTERN (Bewilligung beilegen) DAY-HOSPITAL STATIONÄR

AKTUELLE VERDACHTSDIAGNOSE

- FRONTO-TEMPORALE DEMENZ KORTIKOBASALE DEGENERATION
 PARKINSON DEMENZ LEWY BODY DEMENZ
 ALZHEIMER KRANKHEIT GEMISCHTE DEMENZ
 VASKULÄRE DEMENZ ANDERE _____

ZEICHEN UND SYMPTOME

- KOGNITIVE VERSCHLECHTERUNG**
 Gedächtnisstörung Verlust der Planungsfähigkeit Sprachstörung Aufmerksamkeitsstörung Apraxie
- VERHALTENSSTÖRUNGEN**
 Affektive Symptome Psychotische Symptome Verhaltensstörung Andere _____
- NEUROLOGISCHE ZEICHEN**
 Fokalneurologische Symptomatik Extrapiramidale Zeichen Kleinhirnstörung Gangstörung Pathologische Reflexe Mioclonie

ERSTMALIGES AUFTRETEN DER SYMPTOME _____

NEUROPSYCHOLOGISCHE EINSCHÄTZUNG

MMSE _____ CLOCK TEST _____ ADL _____ IADL _____

PHARMAKOLOGISCHE THERAPIE (angeben seit wann)

Datum _____ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) _____

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