



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi

U.O. MEDICINA NUCLEARE METROPOLITANA S. FANTI

## MODULO RICHIESTA ESAMI PET

### RSMED12

Rev. 4

Data di applicazione: 01/06/2020

Pag. 1/2

Sede AOSP - Padiglione 30 - Via Massarenti, 9 Tel.: 051-2143957 - Fax: 051-6363956

### **PRENOTAZIONE ESAMI PET** (da compilarsi a cura del **medico specialista**)

bar code

timbro reparto

DATA PREFERITA:

PET TOTAL-BODY CON  $^{18}\text{F}$ -FDG

PET CEREBRALE CON  $^{18}\text{F}$ -FDG

PET TOTAL-BODY CON  $^{68}\text{Ga}$ -DOTA-NOC

PET TOTAL-BODY CON  $^{11}\text{C}$ -COLINA

PET CEREBRALE CON  $^{11}\text{C}$ -METIONINA

PET TOTAL-BODY CON  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

PROVENIENZA (CITTA', OSPEDALE)

TELEFONO

MEDICO RICHIEDENTE

U.O.

TELEFONO

PATOLOGIA DI BASE:

ISTOLOGICO:

### **INDICAZIONI ALL'ESECUZIONE DELL'ESAME**

DIAGNOSI – STADIAZIONE – RISPOSTA ALLA TERAPIA – RESTAGING – RIPRESA DI MALATTIA – PIANIFICAZIONE TERAPEUTICA

CHIRURGIA (data ed intervento):

CHEMIOTERAPIA (data ultimo trattamento):

RADIOTERAPIA (data):



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi

U.O. MEDICINA NUCLEARE METROPOLITANA S. FANTI

## MODULO RICHIESTA ESAMI PET

**RSMED12**

Rev. 4

Data di applicazione: 01/06/2020

Pag. 2/2

Sede AOSP - Padiglione 30 - Via Massarenti, 9 Tel.: 051-2143957 - Fax: 051-6363956

### ULTERIORI NOTE DI **APPROPRIATEZZA** DELL'ESAME

NECESSARIO PER:

.....

.....

.....

### INDICAZIONI DI **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

IL PAZIENTE SI PRESENTA ALLA U.O MEDICINA NUCLEARE PER ESEGUIRE L'ESAME:

- a piedi                                       in carrozzella                                       in barella

IL PAZIENTE NECESSITA DI ASSISTENZA PER:

- portatore di tracheostomia                       portatore di cateteri vescicali                       ossigeno terapia %  
 drenaggi chirurgici                               ferite chirurgiche                                       incontinente  
 problemi psichiatrici                               anestesia

IL PAZIENTE PRESENTA:

- Allergie:  
 Patologie infettive  
 Diabete  
 Altro:

.....

.....

.....

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA E TIMBRO MEDICO SPECIALISTA: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ APPROVATO / NON APPROVATO DA: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ CONDIVISO / NON CONDIVISO DA: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ APPROVATO / NON APPROVATO DA: \_\_\_\_\_

**Note:**

Richieste incomplete non vengono necessariamente prese in considerazione

Richieste senza esplicitazione dell'impatto sulla gestione del paziente non vengono necessariamente prese in considerazione