Istituto Imaging della Svizzera Italiana
Clinica di Medicina Nucleare EOC

IIMSI_M-MN-001/L

PD Dr. med. Gaetano Paone – Primario **Prof. Dr. med. Luca Ceriani** - Viceprimario **Prof. Dr. med. Giorgio Treglia** - Viceprimario

SEDE OSG BELLINZONA **segreteria 091 811 86 72** **fax 091 811 82 50** **medicina.nucleare@eoc.ch**
SEDE OCL LUGANO **segreteria 091 811 64 46** **fax 091 811 64 44** **medicina.nucleare@eoc.ch**

MODULO DI RICHIESTA PER INDAGINE PET/CT con 18FDG

Peso: _____ kg	**DATI ANAGRAFICI PAZIENTE COMPLETI DI RECAPITI**
♀ **Gravidanza esclusa:** ☐ SI ☐ NO	
Diabete: ☐ SI ☐ NO	_____
Metformina: ☐ SI ☐ NO	_____
Terapia insulinica ☐ SI ☐ NO	
Glicemia: _____mmol/L (data: _____)	_____

DIAGNOSI: …….. STADIO (TNM) ……

Nota: Il medico richiedente garantisce la conferma citologica/istologica della diagnosi quando richiesta secondo OPre.
In caso di indicazione non rimborsata **allegare preavviso delle casse malati o dichiarazione di assunzione diretta dei costi.**

TERAPIE ESEGUITE

CHIRURGIA	intervento e data	_____
CHEMIOTERAPIA	finita il	_____
RADIOTERAPIA	finita il	_____

QUESITO CLINICO

SI RICHIEDE PET CON CT DIAGNOSTICA (mdc)? ☐ **SI** ☐ **NO**

⇒ Creatinina: _____ µmol/L Data: ……..

Allergie? ☐ SI ☐ NO Ipertiroidismo? ☐ SI ☐ NO

MEDICO RICHIEDENTE ***(timbro, firma, recapito telefonico)***	***VALIDAZIONE MEDICO NUCLEARE***
	CODIFICA _____
	☐ **PROTOCOLLO FDG STANDARD** ☐**CECT**
	☐ **PROTOCOLLO FDG Double-time** ☐**CECT**
	☐ **PROTOCOLLO FDG MELANOMA** ☐**CECT**
COPIE PER CONOSCENZA	