



**CASA SOLLIEVO
DELLA SOFFERENZA - IRCCS**
L'OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

MODULO DI RICHIESTA ESAME PET-TC

U.O.C. Medicina Nucleare – Centro Pet
Responsabile: Dott. Elio Perrone

MODULO RICHIESTA ESAME PET-TC

(Barrare la voce interessata)

☐ PET-TC (18F-FDG)

☐ PET-TC CEREBRALE
(18F-FDG)

☐ PET-TC (18F-COLINA) per
patologia PROSTATICA o per studio
IPERPARATIROIDISMO

☐ PET-TC (18F-FDG) +
TC con M.D.C. iodato

☐ PET-TC per ricerca
β-AMILOIDE

☐ PET-TC (18F- PSMA)
Per patologia PROSTATICA

Il presente modulo va compilato correttamente in tutte le sue parti per una corretta prenotazione all'esame PET-TC. A norma dell' art.111 D.S.L. n.230, la decisione circa l'appropriatezza e l'esecuzione dell'esame è di esclusiva competenza del Medico Nucleare

COGNOME.....NOME.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza.....Via.....N°.....Cap.....

Tel.....Fax.....

Cell.....e-mail.....

Sezione da compilare a cura del medico

Medicotel.....fax.....

QUESITO CLINICO

peso KgAltezza.....

Note anamnestiche.....

Barrare la voce interessata

Stadiazione ☐ Ristadiazione ☐ Controllo durante Terapia ☐ Controllo post Terapia ☐

Chemioterapia SI ☐ NO ☐ data ultimo ciclo.....

Radioterapia SI ☐ NO ☐ data ultimo ciclo.....

Interventi di chirurgia oncologica.....

Diabete ☐ si ☐ no Terap. Insulinica ☐ si ☐ no ipoglic. orali ☐ si ☐ no

Claustrofobia ☐ si ☐ no Barellato ☐ si ☐ no Gravid. / allatt. ☐ si ☐ no

Valori di PSA.....GLEASON SCORE.....

Allergie al mdc iodato ☐ SI ☐ NO Altre note allergie ☐ SI ☐ NO

Markers tumorali ☐ Negativi ☐ in aumento Valore:..... ☐ non disponibili

Il Sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali e sensibili in conformità a quanto disposto dal Regolamento EU n. 2016/679 (GDPR) e dal D-Lgs n.196/2003.

SI ☐ NO ☐

Firma dell'Interessato / Legale Rappresentante

Data.....

Timbro e firma del medico

Da inviare alla segreteria CENTRO PET n° Fax 0882416452 tel. 0882416450 email: centropet@operapadrepio.it

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via fax.

Esibire al momento dell'esame tutta la documentazione inerente la patologia motivo dell'esame.

Codice Documento	revisione	Data emissione	emesso	n. ro pagina
Mod. Richiesta	04	26/09/2025	Medicina Nucleare Centro PET	Pagina1