

	MODULO RACCOLTA DATI ANAMNESTICI PER ESAME PET ONCOLOGICO - R01/P01 -	Rev. 5 del 20.08.2025 Pag. 1 di 1
	SS MEDICINA NUCLEARE DIAGNOSTICA	

Il modulo dopo essere stato debitamente compilato, in maniera chiara e leggibile, in ogni sua parte (peso e presenza di diabete rivestono una particolare rilevanza ai fini di una corretta somministrazione) deve essere inviato, CON IMPEGNATIVA, tramite fax al numero 0543/739335 o tramite mail: accettazione.diagnosticamednuc@irst.emr.it

PET con: ☐ ¹⁸F-FDG ☐ ¹⁸F-Colina ☐ ⁶⁸Ga-Dotapeptidi ☐ FET ☐ PSMA ☐ FAPI ☐ DOPA

Cognome e nome del paziente _____

Nato il ____/____/____ a _____

Residente a _____ (prov. ____) (cap _____)

Via _____ n _____

Telefono _____ cellulare _____

e mail _____

Provenienza ☐ esterno ☐ AUSL di provenienza _____

Medico referente _____

Caratteristiche somatiche: peso _____ (Kg) Altezza _____ (cm)

Il paziente è diabetico? ☐ NO ☐ SI

Terapia in atto (ipoglicemizzanti, insuline) _____

Il paziente

- | | | |
|---|---|---|
| • è autosufficiente? | ☐ SI ☐ NO | |
| • soffre di claustrofobia? | | ☐ SI ☐ NO |
| • è incontinente lieve (utilizza pannolone)? | | ☐ SI ☐ NO |
| • cateterizzato (catetere vescicale)? | | ☐ SI ☐ NO |
| • urostomizzato? | | ☐ SI ☐ NO |
| • nefrostomizzato? | | ☐ SI ☐ NO |
| • colonizzato da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi? | | ☐ SI ☐ NO |

Diagnosi accertata o presunta e quesito clinico _____

Notizie anamnestiche _____

Breve riassunto esami radiologici e/o ecografici _____

Markers tumorali alterati (specificare tipo e data) _____

Interventi chirurgici (specificare) _____

Radioterapia (specificare data e sede ultimo trattamento) _____

Chemioterapia (specificare tipo e data ultimo trattamento) _____

Data _____

Timbro e firma del Medico