

MODULO RICHIESTA DI TERAPIA RADIOMETABOLICA CON ⁹⁰Y-Ibritumomab Tiuxetan

COGNOME _____ NOME _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV. _____

RECAPITO TELEFONICO _____ CELL. _____

MEDICO RICHIEDENTE _____ TELEFONO _____

ISTOLOGICO: _____

STADIO I-II sottodiaframmatico sovradiaframmatico STADIO III-IV

BULKY SI NO

NOTIZIE PARTICOLARI

PESO kg _____

PIASTRINE _____ NEUTROFILI _____

% INTERESSAMENTO MIDOLLARE _____

PRECEDENTE ASCT SI NO PRECEDENTE IRRADIAZIONE MIDOLLO OSSEO SI NO

TERAPIE ESEGUITE _____

NB: Il modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato al reparto di Medicina Nucleare o inviato al fax 0471 908019; la data dell'esecuzione della terapia verrà successivamente comunicata al medico richiedente.

Data _____ MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma) _____



ANFORDERUNGSFORMULAR FÜR RADIONUKLIDTHERAPIE MIT ⁹⁰Y-Ibritumomab Tiuxetan

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEBURTSORT UND - DATUM _____

ADRESSE _____ PLZ _____ WOHNSITZ _____ PROV. _____

TELEFON NUMMER _____ MOBILE _____

ZUWEISENDER ARZT _____ TELEFON _____

HISTOLOGIE: _____

STADIUM I-II subdiafragmal supradiafragmal STADIUM III-IV

BULKY JA NEIN

ANMERKUNGEN

GEWICHT IN kg _____

THROMBOZYTEN _____ NEUTROPHILE _____

% BETEILIGUNG DES KNOCHENMARKS _____

VORHERGEHENDE ASCT JA NEIN VORHERGEHENDE KM-BESTRAHLUNG JA NEIN

DURCHGEFÜHRTE THERAPIEN _____

N.B. Dieser Vordruck muss, in allen Punkten ausgefüllt, in der Nuklearmedizin des Hauses abgegeben, bzw. per Fax unter der Nr. 0471 908019 zugestellt werden; das Datum der Therapiedurchführung wird anschließend dem zuweisenden Arzt mitgeteilt werden.

Datum _____ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) _____