

## MODULO RICHIESTA DI ESAME PET-TC CON <sup>18</sup>F -COLINA

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ RECAPITO TELEFONICO \_\_\_\_\_

PROVENIENZA  ESTERNO (allegare impegnativa)  DAY-HOSPITAL  RICOVERATO

MEDICO RICHIEDENTE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

PATOLOGIA DI BASE \_\_\_\_\_

TNM \_\_\_\_\_ GLEASON SCORE \_\_\_\_\_ PSA (alla prima diagnosi) \_\_\_\_\_

DATA E TIPO DI INTERVENTO \_\_\_\_\_

DATA E DOSE DI RADIOTERAPIA LOGGIA PROSTATICA \_\_\_\_\_

DATA E DOSE DI RADIOTERAPIA ALTRE SEDI \_\_\_\_\_

PSA TOTALE attuale (ultimi tre valori) \_\_\_\_\_ (data. \_\_\_\_\_); \_\_\_\_\_ (data. \_\_\_\_\_); \_\_\_\_\_ (data. \_\_\_\_\_)

TERAPIA ORMONALE DI PRIMA LINEA INIZIO \_\_\_\_\_ FINE \_\_\_\_\_

TERAPIA ORMONALE DI SECONDA LINEA INIZIO \_\_\_\_\_ FINE \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA INIZIO \_\_\_\_\_ FINE (ULTIMO CICLO) \_\_\_\_\_

ALTRE TERAPIA INIZIO \_\_\_\_\_ FINE (ULTIMO CICLO) \_\_\_\_\_

N.B. il materiale radiografico ed in particolare gli esami TC o RM dovranno essere disponibili al momento dell'effettuazione dell'esame. Il modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato al reparto di Medicina Nucleare - Centro PET-TC (tel. 0471 908313) o **inviato al fax 0471 908019**; la data dell'esecuzione dell'esame verrà successivamente comunicata al medico richiedente.

Data \_\_\_\_\_ MEDICO RICHIEDENTE (timbro e firma) \_\_\_\_\_

## ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR PET-CT UNTERSUCHUNG MIT <sup>18</sup>F-CHOLIN

NACHNAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_ GEB. AM \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

HERKUNFT  EXTERN (Bewilligung beilegen)  DAY-HOSPITAL  STATIONÄR

ZUWEISENDER ARZT \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

GRUNDERKRANKUNG \_\_\_\_\_

TNM \_\_\_\_\_ GLEASON SCORE \_\_\_\_\_ PSA (bei der Erstdiagnose) \_\_\_\_\_

DATUM UND ART DES EINGRIFFES \_\_\_\_\_

DATUM UND DOSIS DER PROSTATALOGIE STRAHLENTHERAPIE \_\_\_\_\_

DATUM UND DOSIS ANDERE STANDORTE \_\_\_\_\_

PSA TOTAL aktuell (die drei letzten Werte) \_\_\_\_\_ (Datum. \_\_\_\_\_); \_\_\_\_\_ (Datum. \_\_\_\_\_); \_\_\_\_\_ (Datum. \_\_\_\_\_)

HORMONTHERAPIE ERSTE LINEE ANFANG \_\_\_\_\_ ENDE \_\_\_\_\_

HORMONTHERAPIE ZWEITE LINIE ANFANG \_\_\_\_\_ ENDE \_\_\_\_\_

CHEMIOTHERAPIE ANFANG \_\_\_\_\_ ENDE DES LETZTEN THERAPIEZYKLUS \_\_\_\_\_

ANDERE THERAPIE ANFANG \_\_\_\_\_ ENDE DES LETZTEN THERAPIEZYKLUS \_\_\_\_\_

N.B. Radiologische Untersuchungen, insbesondere CT und MR-Untersuchungen müssen bei Untersuchungsdurchführung zur Verfügung stehen. Dieser Vordruck muss, in allen Punkten ausgefüllt, in der Nuklearmedizin des Hauses - PET-CT Zentrum (tel. 0471 908313) - abgegeben, bzw. per Fax unter der Nr. **0471 908019** zugestellt werden; das Datum der Untersuchungsdurchführung wird anschließend dem zuweisenden Arzt mitgeteilt.

Datum \_\_\_\_\_ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) \_\_\_\_\_