

MODULO RICHIESTA ESAME PET-TC CON ⁶⁸GA-DOTATOC

COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____ RECAPITO TELEFONICO _____

PROVENIENZA ESTERNO (allegare impegnativa) DAY-HOSPITAL RICOVERATO

MEDICO RICHIEDENTE _____ TELEFONO _____

PATOLOGIA DI BASE

- CITO-ISTOLOGIA:

- DATA DI DIAGNOSI:

STADIAZIONE BASALE CONTROLLO DURANTE TERAPIA
 RISTADIAZIONE CONTROLLO POST TERAPIA
 PUNTUALIZZAZIONE REPERTO DUBBIO SOSPETTO DI PROGRESSIONE, DIAGNOSTICA CONVENZIONALE NEG

CHIRURGIA (DATA E TIPO DI INTERVENTO) _____

CHEMIOTERAPIA

SI data termine ultimo ciclo: _____
 NO

RADIOTERAPIA

SI data termine: _____ sede: _____
 NO

TERAPIA ORMONALE

SI quale: _____ data inizio: _____
 NO

TARGET THERAPY

SI quale: _____ data inizio: _____
 NO

TERAPIA LOCO-REGIONALE

SI quale: _____ in data: _____
 NO

TERAPIA CON BIFOSFONATI

SI data inizio: _____
 NO

PLEURODESI SI NO

IMMUNOTERAPIA NO SI data inizio: _____

MARKERS TUMORALI: NEGATIVI IN AUMENTO quale: _____ ultimo valore: _____ NON DISPONIBILI
(se di impiego validato)

DIABETE: SI TERAPIA: INSULINICA IPOGLICEMIZZANTE ORALE NO

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 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 ⁶⁸GA-DOTATOC

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEB. AM _____ TELEFON _____

HERKUNFT EXTERN (Bewilligung beilegen) DAY-HOSPITAL STATIONÄR

ZUWEISENDER ARZT _____ TELEFON _____

GRUNDERKRANKUNG _____
- HISTOLOGIE: _____
- DATUM DER DIAGNOSE: _____

ERSTES STAGING VERLAUFSKONTROLLE UNTER THERAPIE
 RESTAGING KONTROLLE NACH THERAPIE
 ZWEIFELHAFTER BEFUND PROGRESSIONSVERDACHT BEI NEGATIVER KONVENTIONELLER DIAGNOSTIK

CHIRURGIE (OP-TERMIN UND ART DES EINGRIFFES) _____

CHEMOTHERAPIE JA Ende des letzten Therapiezyklus: _____ NEIN
RADIOTHERAPIE JA Abschlussdatum: _____ Lokalisation: _____
 NEIN

HORMONOTHERAPIE JA Typ: _____ Therapieanfang: _____ NEIN
TARGET THERAPY JA Typ: _____ Therapieanfang: _____
 NEIN

LOCO-REGIONALE THERAPIE JA Typ: _____ Datum: _____ NEIN
BISPHOSPHONAT THERAPIE JA Therapieanfang: _____
 NEIN

PLEURODESE JA NEIN IMMUNOTHERAPIE NEIN JA Therapieanfang: _____

TUMORMARKER: NEGATIV IM ANSTIEG Typ: _____ Letzter Wert: _____ NICHT VERFÜGBAR
(falls validiert)

DIABETES: JA THERAPIE: INSULIN ORALE ANTIDIABETIKA NEIN

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 – 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) _____