

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

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

PROVENIENZA  ESTERNO (allegare impegnativa)  DAY-HOSPITAL  RICOVERATO

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

ISTOLOGIA \_\_\_\_\_ WHO GRADE \_\_\_\_\_

IDH  wild-type  mutato 1p/19q codeleted  SI  NO

METILAZIONE DEL PROMOTORE DEL GENE MGMT  SI  NO

DATA PRIMO INTERVENTO \_\_\_\_\_

DATA SECONDO INTERVENTO \_\_\_\_\_

RADIOTERAPIA  NO  SI TECNICA DI RADIOTERAPIA \_\_\_\_\_ DATA FINE \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA DI PRIMA LINEA INIZIO \_\_\_\_\_ FINE (ULTIMO CICLO) \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA DI SECONDA LINEA INIZIO \_\_\_\_\_ FINE (ULTIMO CICLO) \_\_\_\_\_

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

RM DUBBIA  NO  SI DATA ESAME \_\_\_\_\_

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-FET

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

HERKUNFT  EXTERN (Bewilligung beilegen)  DAY-HOSPITAL  STATIONÄR

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

GRUNDERKRANKUNG \_\_\_\_\_ WHO GRADE \_\_\_\_\_

IDH  wild-type  mutliert 1p/19q codeleted  JA  NEIN

MGMT-PROMOTOR-METHYLIERUNG  JA  NEIN

DATUM DES ERSTEN EINGRIFFES \_\_\_\_\_

DATUM DES ZWEITEN EINGRIFFES \_\_\_\_\_

STRAHLENTHERAPIE  NEIN  JA TECHNIK DER STRAHLENTHERAPIE \_\_\_\_\_ ABSCHLUSSDATUM \_\_\_\_\_

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

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

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

ZWEIFELHAFTER RM BEFUND  NEIN  JA DATUM DER UNTERSUCHUNG \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_