

RICHIESTA DI ESAME PET-TC CON ¹⁸F -COLINA

COGNOME _____ NOME _____ LUOGO E DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO _____ CAP _____ COMUNE DI RESIDENZA (PROV.) _____ RECAPITO TELEFONICO _____

PROVENIENZA ESTERNO (allegare impegnativa) DAY-HOSPITAL RICOVERATO

MEDICO RICHIEDENTE _____ TELEFONO _____

PATOLOGIA DI BASE _____

DATA E TIPO DI INTERVENTO _____

DATA E DOSE DI RADIOTERAPIA _____

TNM _____ GLEASON SCORE _____ PSA (alla prima diagnosi) _____

PSA TOTALE attuale (ultimi tre valori) _____ (data. _____); _____ (data. _____); _____ (data. _____)

ECO (TRUS) _____

SCINTIGRAFIA OSSEA _____

ALTRI ESAMI RADIOLOGICI ESEGUITI (precisare ed allegare copia dei referti) _____

TERAPIA ORMONALE _____

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 ¹⁸F-CHOLIN

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEBURTSORT UND - DATUM _____

ADRESSE _____ PLZ _____ WOHNSITZ (PROV) _____ TELEFON _____

HERKUNFT EXTERN (Bewilligung beilegen) DAY-HOSPITAL STATIONÄR

ZUWEISENDER ARZT _____ TELEFON _____

GRUNDERKRANKUNG _____

DATUM UND ART DES EINGRIFFES _____

DATUM UND DOSIS DER STRAHLENTHERAPIE _____

TNM _____ GLEASON SCORE _____ PSA (bei der Erstdiagnose) _____

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

ECO (TRUS) _____

KNOCHENSZINTIGRAPHIE _____

ANDERE RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN (beschreiben und Kopie beilegen) _____

HORMONTHERAPIE _____

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) _____