



MODULO RICHIESTA ESAME PET-TC (Linfoma e Mieloma Multiplo)

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 _____

LINFOMA DI HODGKIN LINFOMA NON HODGKIN MIELOMA MULTIPLO

ISTOLOGIA: _____

STADIO I-II sottodiaframmatico sovradiaframmatico STADIO III-IV
BULKY SI NO

STADIAZIONE PRE-TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE PRECOCE DURANTE IL TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE AL TERMINE DEL TRATTAMENTO } TERAPIA DI PRIMA LINEA
DATA TERMINE ULTIMO CICLO DI TERAPIA: _____

RISTADIAZIONE NEL FOLLOW-UP IN SOSPETTO CLINICO DI RIPRESA
 RISTADIAZIONE PRE-TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE PRECOCE DURANTE IL TRATTAMENTO
 RISTADIAZIONE AL TERMINE DEL TRATTAMENTO } TERAPIA DI SECONDA LINEA

NOTIZIE PARTICOLARI

PESO kg _____

DIABETE: SI TERAPIA: INSULINICA IPOGLICEMIZZANTE ORALE NO

ESAME TC DIAGNOSTICA CON MDC IODATO DURANTE ESAME PET-TC RICHIESTO? SI NO

a) Allergie al mdc iodato SI NO Altre note allergie SI NO

b) Si possono escludere ipertireosi, insufficienza renale o epatica grave, paraproteinemia di Waldenstrom, mieloma multiplo, grave sofferenza miocardica o cardio-respiratoria, e asma bronchiale SI NO

SI PREGA DI ALLEGARE IL MODULO PER ESAME TC DIAGNOSTICA SE RICHIESTA

N.B.

Il materiale radiografico ed in particolare gli esami TC o RM dovranno essere disponibili al momento dell'effettuazione dell'esame (per pazienti esterni). Il modulo, compilato in tutte le sue parti, dovrà essere consegnato al reparto di Medicina Nucleare - Diagnostica 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) _____

Nuklearmedizin - Medicina Nucleare
Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen
Tel. 0471 908313

E-mail: mednuc.bz@sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Radiologie - Radiologia
Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 908348

E-mail: radiologia.bz@sabes.it
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano



ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR PET-CT UNTERSUCHUNG (Lymphom und Multiples Myelom)

NACHNAME _____ VORNAME _____ GEBURTSORT UND - DATUM _____

ADRESSE _____ PLZ _____ WOHNSITZ (PROV) _____ TELEFON _____

HERKUNFT EXTERN (Bewilligung beilegen) DAY-HOSPITAL STAZIONÄR

ZUWEISENDER ARZT _____ TELEFON _____

MB. HODGKIN NON HODGKIN LYMPHOM MULTIPLES MYELOM

HISTOLOGIE: _____

STADIUM I-II subdiafragmal supradiafragmal STADIUM III-IV
BULKY JA NEIN

STAGING VOR THERAPIEBEGINN
 FRÜHES RESTAGING UNTER THERAPIE
 RESTAGING AM THERAPIEENDE
 RESTAGING BEI KLINISCHEM VERDACHT AUF REZIDIV

} THERAPIE DER ERSTEN LINIE

ENDE DES THERAPIEZYKLUS AM: _____

RESTAGING
 FRÜHES RESTAGING UNTER THERAPIE
 RESTAGING AM THERAPIEENDE

} THERAPIE DER ZWEITEN LINIE

ANMERKUNGEN _____

GEWICHT IN kg _____

DIABETES: JA THERAPIE: INSULIN ORALE ANTIDIABETIKA NEIN

IST EINE **DIAGNOSTISCHE CT-KONTROLLE MIT KM** IM RAHMEN DER PET-CT VORGESEHEN? JA NEIN

a) bekannte Allergie auf jodhaltiges KM JA NEIN Andere bekannte Allergien JA NEIN

b) Können Hyperthyreose, schwere Nieren- und Leberinsuffizienz, Paraproteinämie Waldenström, Multiples Myelom, schwere Herz - oder Ateminsuffizienz und Bronchialasthma ausgeschlossen werden? JA NEIN

FALLS EINE DIAGNOSTISCHE CT VORGESEHEN IST, BITTE CT-ZUWEISUNGSFORMULAR GETRENNT BEILEGEN

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 werden.

Datum _____ ZUWEISENDER ARZT (Unterschrift u. Stempel) _____

Nuklearmedizin - Medicina Nucleare
Lorenz-Böhler-Str. 5 | 39100 Bozen
Tel. 0471 908313
E-mail: mednuc.bz@sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Radiologie - Radiologia
Via Lorenz Böhler, 5 | 39100 Bolzano
Tel. 0471 908348
E-mail: radiologia.bz@sabes.it
Ragione sociale: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano