

**All'U.O. Semplice di Medicina  
Nucleare  
CENTRO PET-TC  
Ospedale Nuovo Morgagni  
Viale Forlanini 34  
47100 FORLI'  
Telefono: 0543 73 5889  
Fax : 0543 738630**

## Modello "PET/TC"

### Richiesta di esame PET oncologico con <sup>18</sup>F- FDG da inviare CON IMPEGNATIVA tramite fax al numero 0543 738630

Cognome e nome del paziente .....

Nato il ...../...../..... a.....

Residente via ..... n. ....citta' .....cap....

Telefono..... cellulare..... e mail.....

Provenienza .....  esterno .....  ricoverato reparto.....

Medico referente.....

Caratteristiche somatiche : peso Kg..... Altezza cm.....

Il paziente e' diabetico?  NO  
 SI          terapia e ritmo di assunzione.....

Diagnosi accertata o presunta e quesito clinico.....

Notizie anamnestiche.....

Breve riassunto esami radiologici e/o ecografici.....

Markers tumorali alterati ( specificare tipo e data ).....

Interventi chirurgici ( specificare ).....

Radioterapia (specificare data e sede ultimo trattamento).....

Chemioterapia (specificare tipo e data ultimo trattamento).....

Il paziente soffre di claustrofobia?  SI  NO

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO