

Richiesta PET/TC cerebrale

☐ **ONCOLOGICO:** ☐ [¹⁸F]FDG ☐ [¹⁸F]FDOPA ☐ [¹⁸F]FET (tirosina) ☐ [⁶⁸Ga]Ga-DOTA-TOC
☐ **NON ONCOLOGICO:** ☐ [¹⁸F]FDG ☐ [¹⁸F]Flutemetamolo (VIZAMYL)

IL PRESENTE FORMULARIO VA COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI: LE RICHIESTE INCOMPLETE SARANNO RESPINTE

Dati del paziente			
Cognome		Nome	
Data di Nascita		Residenza	
Peso		Altezza	
Telefono			
DIABETE (per [¹⁸ F]FDG)	☐ no ☐ si	☐ ADO	☐ insulina
CLAUSTROFOBIA	☐ no ☐ si		
ALLETATO	☐ no ☐ si	AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE	☐ no ☐ si
ACCESSO venoso difficile?	☐ no ☐ si	PICC team	☐ no ☐ si
EPILESSIA	☐ no ☐ si		
TERAPIE IN ATTO	☐ no ☐ si		
Provenienza/Reparto			
Medico richiedente/Reparto			Telefono
Foglio giallo ☐	DH ☐	Esterno ☐	Ricovero ☐
Quesito clinico e diagnosi			

Esami radiologici (indicare tipologia e data):

PET eseguite	☐ no ☐ si	data ultima PET		positiva ☐	negativa ☐
Specificare radiofarmaco:					
Chemioterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo		☐ ciclo/n° cicli	
Immunoterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo		☐ in corso	
Radioterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo			
Protonterapia	☐ no ☐ si	data ultimo ciclo			
Chirurgia	☐ no ☐ si	data intervento			

Note:

Prestazioni da prescrivere:

- **897B3 MEDICINA NUCLEARE VISITA (riportare sempre)**
- **92116 PET TC CEREBRALE FDG QUALITATIVA (FDG)**
- **9211A PET TC CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI (DOPA, tirosina, DOTA-TOC, flutemetamolo)**

Dati raccolti in ottemperanza al D.Lgs. 101/2018 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679)

Data FIRMA DEL MEDICO (leggibile) _____

Data e ora dell'esame verranno comunicate telefonicamente o via email

Da inviare via mail: medicinanucleare@asuit.tn.it

vers. 7 (luglio 2026)