

## Richiesta PET/TC con <sup>68</sup>GaDOTA-TOC total body

**INDICAZIONI:** Tumori neuroendocrini ben differenziati (G1-G2) in stadiazione per pianificazione terapia (anche in G3 e carcinoide polmonare) e in ristadiatione/controllo in corso di trattamento

**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                                                              |                             |                                                          |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| CLAUSTROFOBIA                                                         |                             | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si  |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| ALLETTATO                                                             |                             | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si  |                                                          | AUTOSUFFICIENTE/COLLABORANTE        |  | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |  |                                   |  |
| ACCESSO venoso difficile?                                             |                             | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si  |                                                          | PICC team                           |  | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si |  |                                   |  |
| TERAPIE IN ATTO                                                       |                             | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si: |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| Provenienza/Reparto                                                   |                             |                                                          |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| Medico rich./Reparto                                                  |                             |                                                          |                                                          | Telefono                            |  |                                                         |  |                                   |  |
| Foglio giallo <input type="checkbox"/>                                |                             | DH <input type="checkbox"/>                              |                                                          | Esterno <input type="checkbox"/>    |  | Ricovero <input type="checkbox"/>                       |  |                                   |  |
| Quesito clinico e diagnosi                                            |                             |                                                          |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
|                                                                       |                             |                                                          |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Val. pre-chirurgica/stadiazione              |                             |                                                          | <input type="checkbox"/> Ristadiatione                   |                                     |  | <input type="checkbox"/> Controllo in corso di terapia  |  |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Valutazione post-terapia                     |                             |                                                          | <input type="checkbox"/> Puntualizzazione reperto dubbio |                                     |  | <input type="checkbox"/> Ripresa/progressione           |  |                                   |  |
| Istologico e indice di proliferazione (Ki 67: <input type="text"/> %) |                             |                                                          |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| PET eseguite                                                          | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si                              | <sup>18</sup> FDG/data ultima                            |                                     |  | positiva <input type="checkbox"/>                       |  | negativa <input type="checkbox"/> |  |
| PET eseguite                                                          | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si                              | <sup>68</sup> Ga/data ultima                             |                                     |  | positiva <input type="checkbox"/>                       |  | negativa <input type="checkbox"/> |  |
| Chemioterapia                                                         | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si                              | <input type="checkbox"/> data ultimo ciclo               |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| Analogo somatostatina                                                 | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si                              | <input type="checkbox"/> data ultima infusione           |                                     |  | <input type="checkbox"/> data prossima infusione        |  |                                   |  |
| Lutathera                                                             | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si                              | <input type="checkbox"/> data ultimo ciclo               |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| Chirurgia                                                             | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> si                              | <input type="checkbox"/> data intervento                 |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
| Markers tumorali                                                      |                             | <input type="checkbox"/> negativi                        |                                                          | <input type="checkbox"/> in aumento |  | <input type="checkbox"/> in riduzione                   |  |                                   |  |
| Note                                                                  |                             |                                                          |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |
|                                                                       |                             |                                                          |                                                          |                                     |  |                                                         |  |                                   |  |

**Prestazioni da prescrivere:**

- **897B3 MEDICINA NUCLEARE VISITA**
- **9218D PET TC TOTAL BODY CON ALTRI RADIOFARMACI**

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 mail [medicinanucleare@asuit.tn.it](mailto:medicinanucleare@asuit.tn.it)