

Etichetta paziente

Richiesta PET/CT

Cognome: _____ Nome: _____
Data di nascita _____
Indirizzo: _____
Tel. Abitazione: _____ Tel. Mobile: _____
Indirizzo e-mail _____

Vi preghiamo di assicurarvi che gli esami preliminari siano a nostra disposizione.

Inviare la richiesta compilata a: radiologiasegretariato.cm@moncucco.ch.

Il paziente sarà convocato e informato della preparazione direttamente dal nostro servizio.

NB.: il mancato annullamento o annullamento tardivo (nelle 24 ore che precedono l'esame), darà seguito alla fatturazione di una tassa amministrativa di CHF 100.--.

Esame desiderato:

PET con CT Nativa PET con CT Diagnostica (mdc)

Radiofarmaco:

F-18 Colina (paratiroidi, HCC) F-18 FET (cerebrale oncologica) F-18 Vizamyl (demenze)
 F-18 FDG (oncologia, patologie infiammatorie/infettive) F-18 PSMA (ca. prostatico)

Altro: _____

Informazioni cliniche, controindicazioni, terapie in atto:

Insufficienza renale Creatinina _____ Data prelievo: _____
 Gravidanza Diabete Ipertiroidismo **Peso:** _____ kg
 Allergie note: _____

Diagnosi e terapia: _____

Quesito clinico:

Data:

Timbro e firma del medico:
