

**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: [radiologia.cm@moncucco.ch](mailto:radiologia.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:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_