Gemelli

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore

MOD. 004
Rev.: 03
21/04/2023

# PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI

☐ $^{18}$F-FDG ☐ $^{18}$F-colina ☐ $^{68}$Gallio-peptidi ☐ $^{18}$F-DOPA ☐ $^{11}$C-Metionina ☐ $^{18}$F- PSMA

NOME COGNOME

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE COD. SANITARIO POL. "A. GEMELLI": (Barrare il campo "NO" se non disponibile) ☐ **No**

RESIDENTE A VIA, NUMERO CIVICO C.A.P.

TELEFONO CELLULARE FAX O E-MAIL

MEDICO SPECIALISTA RICHIEDENTE L'ESAME CELLULARE

Per valutare la corretta indicazione all'esame, si prega di compilare in stampatello, possibilmente con il Medico Curante, il presente modulo che, compilato in tutte le sue parti, pena l'annullamento della richiesta, dovrà essere riconsegnato al centro PET-TAC (lun-ven: ore 9.00-18.00) o inviato via fax al numero. 06-3013745 o via mail all'indirizzo pet-tac@policlinicogemelli.it

**PATOLOGIA DI BASE**

**CITO-ISTOLOGIA** **DATA DIAGNOSI**

**QUESITO CLINICO**

☐ **Caratterizzazione metabolica** ☐ **Completamento di stadiazione**

☐ **Ristadiazione per:** ☐ Imaging sospetto/dubbio

☐ Aumento marcatore tumorale

QUALE ULTIMO VALORE

☐ Altro:

☐ **Valutazione risposta al trattamento**

DATA ULTIMA PET-TC NUM. TOT. ESAMI PET-TC ESEGUITI (ANCHE PRESSO ALTRI CENTRI)

DATA ULTIMA CHIRURGIA DATA TERMINE CHEMIOTERAPIA DATA TERMINE RADIOTERAPIA

**Terapia in corso (relativa alla patologia in esame):** ☐ **Ormonoterapia** ☐ **Altro**

**Diabete:** ☐ **NO** ☐ **SI:** ☐ **Antidiabetici orali** ☐ **Insulina**

**Mobilità del paziente:** ☐ **DEAMBULANTE** ☐ **CARROZZINA** ☐ **BARELLA**

**PESO PAZIENTE(KG)** **ALTEZZA PAZIENTE(CM)**

NB **ALLEGARE AL PRESENTE MODULO LA COPIA DELL' IMPEGNATIVA PRESCRITTA PER FARE QUESTO ESAME**

NB **ALLEGARE AL PRESENTE MODULO TUTTA LA RECENTE DOCUMENTAZIONE CLINICA:** PER ES: RELAZIONE CLINICA/LETTERA DI DIMISSIONE; ESAME CITO-ISTOLOGICO; MARCATORI TUMORALI; REFERTI DELLE INDAGINI DIAGNOSTICHE PIU'RECENTI INERENTI LA PATOLOGIA IN ESAME, COME TC, RM, SCINTIGRAFIA OSSEA; ECOGRAFIA; ULTIMI 3 PSA (SOLO SE ESAME PET CON COLINA), ….

*Al momento di eseguire l'esame verrà richiesto il consenso informato ed è obbligatorio firmare di non essere in gravidanza.*

DATA FIRMA

DOCUMENTO A USO INTERNO - VIETATA LA RIPRODUZIONE

## ISTRUZIONI PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI

**AVVERTENZA: Per motivi tecnici legati sia alla complessità delle strumentazioni, sia alla delicatezza dei processi di produzione del radiofarmaco, che avviene presso la nostra struttura, la prestazione potrebbe subire variazioni di orario o, se necessario, l'annullamento nella data prevista senza possibilità di preavviso, con posticipo ad altra data.**

La data di esecuzione dell'esame verrà comunicata telefonicamente solo dopo aver verificato la corretta indicazione all'esame ed entro 7 giorni dal ricevimento del modulo di prenotazione.
Si raccomanda il Medico Curante di compilare l'impegnativa relativa alla prestazione richiesta, secondo le specifiche sotto indicate (di seguito è presente il modello di riferimento per la compilazione dell'Impegnativa) e di consegnarla al Paziente che la presenterà al Centro PET-TC il giorno fissato per l'esame:

***L'IMPEGNATIVA PER ESAME PET GLOBALE CORPOREA*:** deve riportare la prestazione

- **TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET) (92.18.7)**

e

- **VISITA MEDICO NUCLEARE DI CONTROLLO (89.01_29)**

***Esempio di impegnativa necessaria per PET-TC Globale Corporea***

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE — RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO

LAZIO — *1200A* — * xxxx 309 xxx *

COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: xxxxx xxxxxxxxx

INDIRIZZO: VIA xxxxxxxxxxx 7 CAP: 001xx CITTA': ROMA PROV: RM * xxxxxx xxxxx xxxxx *

ESENZIONE: 048 SIGLA PROVINCIA: RM CODICE ASL: 1x1x1x DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE(S,H): ALTRO: PRIORITA' PRESCRIZIONE(U,B,D,P): P - Senza priorità

| PRESCRIZIONE | QTA | NOTA |
|---|---|---|
| 92.18.7_0 - PET/TC total body | 1 | --- |
| 89.01_29 VISITA MEDICO NUCLEARE DI CONTROLLO | 1 | --- |

QUESITO DIAGNOSTICO: xxxxx - xxxxxx xxxxx xxxxx
N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assistiti SSN DATA: 09/10/2019 CODICE FISCALE DEL MEDICO: xxxxxx xxxxx xxxxx
CODICE AUTENTICAZIONE: xxxxxx 19 xxxxxx 1000 xxxxxx COGNOME E NOME DEL MEDICO: xxxxxx xxxxxx
Rilasciato ai sensi dell'art.11, comma 16 del DL 31 mag 2010, n.78 e dell'art.1, comma 4 del DM 2 nov 2011
Il nuovo numero ReCUP di REGIONE LAZIO per le prenotazioni e' 069939

*Solo nel caso in cui il paziente si deve sottoporre alla prima visita medico nucleare, compatibilmente alle indicazioni del "CUR 17.06.2019" e in accordo al "Manuale_CUR_15mar17", si prescrive la prestazione "PRIMA VISITA MEDICO NUCLEARE (89.03_3)"*

# PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI

## PREPARAZIONE E MODALITÀ DI ESECUZIONE ESAME PET-TC:

L'esame PET-TC consiste nella somministrazione endovenosa di una piccola quantità di radiofarmaco e nella rilevazione della sua distribuzione nell'organismo, con associata TC.

Per i **pazienti diabetici** che eseguiranno un esame PET-TC con **$^{18}$F-FDG**:

- Diabete di tipo II (terapia orale): il giorno prima dell'esame fare una cena leggera; il giorno dell'esame fare una colazione leggera alle ore 7, assumere la usuale terapia antidiabetica e rimanere a digiuno fino al completamento dell'esame.
- Diabete di tipo I (terapia insulinica): il giorno dell'esame fare colazione alle ore 7, assumere la usuale terapia antidiabetica e rimanere a digiuno fino al completamento dell'esame.

Per i **pazienti non diabetici** che eseguiranno un esame PET-TC con **$^{18}$F-FDG** e per tutti i pazienti che eseguiranno PET-TC con **$^{11}$C-Metionina:**

- digiuno completo da almeno 5 ore. L'acqua si può bere.

Per **tutti i pazienti** che eseguiranno un esame PET-TC con **$^{18}$F-Colina o con $^{68}$Ga-peptidi:**

- digiuno non necessario

Per **tutti i pazienti**

- Non è necessario sospendere terapie farmacologiche in corso.
- Portare tutta la documentazione clinica relativa alla patologia in esame inclusi gli esami TC, RM, ecografia, scintigrafia ossea,… con relative immagini.
- Venire con abbigliamento comodo e senza oggetti di metallo (catenine, braccialetti, ecc.).

La permanenza nel Centro è di circa 3 ore; per i pazienti diabetici è possibile che siano necessarie fino a 5 ore.
**In caso di rinuncia all'esame, si prega di comunicarlo immediatamente ai seguenti recapiti:**
**T +39 06 3015 6746/ 06 3015 6747 (lunedì-venerdì: ore 9.00-18.30);**
**F +39 06 3013 745 | e- mail: pet-tac@policlinicogemelli.it**

**Nota importante per il paziente:** Il Radiofarmaco è un composto farmaceutico che dev'essere preparato giornalmente (non può essere conservato) e viene reso disponibile appositamente per l'esecuzione del Suo esame. Per la complessità dei processi di produzione e relativa validazione, la prestazione potrebbe subire variazioni di orario o, malauguratamente in caso di guasto, determinare l'annullamento dell'esame nella stessa data d'esecuzione, senza possibilità di tempestivo preavviso. In tal caso, sarà ricontattato/a quanto prima per la riprogrammazione dell'appuntamento, con particolare attenzione alla presa in carico della Sua specifica necessità diagnostica.