

Centro PET-TC - U.O.C. Medicina Nucleare

PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI

Modulo di Prenotazione

¹⁸F-FDG
 ¹⁸F-colina
 ⁶⁸Gallio-peptidi
 ¹⁸F-DOPA
 ¹¹C-Metionina

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

Ristadiatione 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:
 DEMABULANTE
 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

Centro PET-TC - U.O.C. Medicina Nucleare

PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI

Modulo di Prenotazione

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

e

- TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET) (92.18.7)
- 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			 * xxxxxx xxxxxx xxxxxx *
INDIRIZZO: VIA xxxxxxxxxxxx 7	CAP: 001xx	CITTA': ROMA	PROV: RM
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 xxxxxx xxxxxx N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assistiti SSN DATA: 09/10/2019 CODICE FISCALE DEL MEDICO: xxxxxx xxxxxx xxxxxx 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)"

Centro PET-TC - U.O.C. Medicina Nucleare

PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI

Modulo di Prenotazione

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 $^{18}\text{F-FDG}$:

- 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 $^{18}\text{F-FDG}$ e per tutti i pazienti che eseguiranno PET-TC con $^{11}\text{C-Metionina}$:

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

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

- 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