

## PET-TC CEREBRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI

\_\_\_\_\_  
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 FIRMA

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 num. 06-3013745 o via mail all'indirizzo [pet-tac@policlinicogemelli.it](mailto:pet-tac@policlinicogemelli.it)

\_\_\_\_\_  
PATOLOGIA DI BASE

### QUESITO CLINICO:

- Patologie degenerative: diagnosi e classificazione (<sup>18</sup>F-FDG)
- Patologie vascolari: valutazione perfusione (<sup>13</sup>N-NH<sub>3</sub>)
- Oncologia: diagnosi differenziale recidiva/esiti post trattamento (<sup>18</sup>F-FDG, <sup>11</sup>C-Metionina)
- Oncologia: valutazione estensione malattia e grading (<sup>11</sup>C-Metionina, <sup>18</sup>F-DOPA)
- Monitoraggio terapie di affezioni non oncologiche (<sup>18</sup>F-FDG, <sup>13</sup>N-NH<sub>3</sub>)
- Altro:

\_\_\_\_\_  
TERAPIA IN CORSO (RELATIVA ALLA PATOLOGIA IN ESAME)

\_\_\_\_\_  
DATA ULTIMA CHIRURGIA CEREBRALE

\_\_\_\_\_  
DATA TERMINE RADIOTERAPIA CEREBRALE

\_\_\_\_\_  
DATA TERMINE CHEMIOTERAPIA

\_\_\_\_\_  
PESO: KG ALTEZZA CM

### NB: ALLEGARE AL PRESENTE MODULO

**1. copia dell' impegnativa prescritta per fare questo esame**

**2. fotocopie di: relazione clinica/lettera di dimissione, referti indagini diagnostiche più recenti relative alla patologia in esame (TC, RM, scintigrafia cerebrale, test neuropsicologici,...).**

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

Il sottoscritto autorizza, per quanto di necessità, l'Università Cattolica del Sacro Cuore, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali necessari all'adempimento dei fini istituzionali.

\_\_\_\_\_  
DATA FIRMA

## PET-TC CEREBRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI

### ISTRUZIONI PET-TC CEREBRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI

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 una impegnativa con la prestazione richiesta, secondo le specifiche sotto indicate (nell'ultima pagina è presente il modello di riferimento per la compilazione dell'Impegnativa) e di consegnarla al Paziente che la presenterà al Centro PET-TAC il giorno fissato per l'esame:

- **per PET/TC Cerebrale Studio Qualitativo:**

**92.11.8\_0 - PET-studio qualitativo/TC cerebrale**  
**89.03\_3 - PRIMA VISITA MEDICO NUCLEARE**

**Oppure**

- **per PET/TC Cerebrale Studio Quantitativo:**

**92.11.9\_0 - PET-studio quantitativo/TC cerebrale**  
**89.03\_3 - PRIMA VISITA MEDICO NUCLEARE**

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

L'esame PET-TC consiste nella somministrazione endovenosa di una piccola quantità di radioisotopo e nella rilevazione della sua distribuzione a livello cerebrale, con associata TC.

- Digiuno completo da almeno 5 ore. L'acqua si può bere.
- Non è necessario sospendere terapie farmacologiche in corso.
- Portare tutta la documentazione clinica relativa alla patologia in esame inclusi gli esami TC, RM, SPET cerebrale,...  
con relative immagini.
- Venire con abbigliamento comodo e senza oggetti di metallo (catenine, braccialetti, ecc.).

La permanenza nel Centro è di circa 3 ore;

In caso di rinuncia all'esame e/o richiesta di ulteriori informazioni, si prega di comunicarlo immediatamente ai seguenti recapiti:



**T +39 06 301 567 46/ 06 301 567 47 (lun-ven: ore 9.00-18.30);**

**F +39 06 301 374 5 | e- mail: [pet-tac@policlinicogemelli.it](mailto:pet-tac@policlinicogemelli.it)**

Si fa presente che per motivi tecnici legati sia alla complessità delle strumentazioni sia alla delicatezza dei processi di produzione del radiofarmaco (che avviene nella nostra struttura), l'appuntamento potrebbe subire variazioni di orario o addirittura il posticipo ad altra data.

## PET-TC CEREBRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI

### Esempio di impegnativa necessaria per PET CEREBRALE QUALITATIVA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO		
LAZIO	 *1200A*	 * xxx 309 xxx *		
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: xxxxx xxxxxxxxx				
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: PRIORITY	PRESCRIZIONE(U,B,D,P): P - Senza priorità		
PRESCRIZIONE			QTA	NOTA
92.11.8_0 PET-studio qualitativo/TC cerebrale			1	---
89.01_29 VISITA MEDICO NUCLEARE DI CONTROLLO			1	---
<p>QUESITO DIAGNOSTICO: xxxxx - xxxxxxx xxxxxx xxxxxx                      N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assistiti SSN DATA: 09/10/2019 CODICE FISCALE DEL MEDICO: xxxxxxx xxxxx xxxxx                      CODICE AUTENTICAZIONE: xxxxxx 19 xxxxxx 1000 xxxxxx COGNOME E NOME DEL MEDICO: xxxxxx xxxxxxx                      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</p>				

### Esempio di impegnativa necessaria per PET CEREBRALE QUANTITATIVA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA – PROMEMORIA PER L'ASSISTITO		
LAZIO	 *1200A*	 * xxx 309 xxx *		
COGNOME E NOME/INIZIALI DELL'ASSISTITO: xxxxx xxxxxxxxx				
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: PRIORITY	PRESCRIZIONE(U,B,D,P): P - Senza priorità		
PRESCRIZIONE			QTA	NOTA
92.11.9_0 PET-studio quantitativo /TC cerebrale			1	---
89.01_29 VISITA MEDICO NUCLEARE DI CONTROLLO			1	---
<p>QUESITO DIAGNOSTICO: xxxxx - xxxxxxx xxxxxx xxxxxx                      N. CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 2 TIPO RICETTA: Assistiti SSN DATA: 09/10/2019 CODICE FISCALE DEL MEDICO: xxxxxxx xxxxx xxxxx                      CODICE AUTENTICAZIONE: xxxxxx 19 xxxxxx 1000 xxxxxx COGNOME E NOME DEL MEDICO: xxxxxx xxxxxxx                      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</p>				

## PET-TC CEREBRALE PER PAZIENTI AMBULATORIALI

---

**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.