

## PRENOTAZIONE PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI IN ATTIVITA' PRIVATA

 <sup>18</sup>F-FDG       <sup>18</sup>F-Colina       <sup>68</sup>Gallio-peptidi       <sup>18</sup>F-DOPA       <sup>11</sup>C-Metionina       <sup>18</sup>F-PSMA

---

 NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

---

 LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

---

 CODICE FISCALE/ENI/STP \_\_\_\_\_

---

 COD. SANITARIO "GEMELLI" (BARRARE "NO" SE NON DISPONIBILE) \_\_\_\_\_

 No

---

 RESIDENTE A \_\_\_\_\_

---

 INDIRIZZO \_\_\_\_\_

---

 C.A.P. \_\_\_\_\_

---

 TELEFONO \_\_\_\_\_

---

 CELLULARE \_\_\_\_\_

---

 E-MAIL \_\_\_\_\_

---

 MEDICO SPECIALISTA RICHIEDENTE L'ESAME \_\_\_\_\_

---

 CELLULARE MEDICO SPECIALISTA \_\_\_\_\_

Il modulo **DEVE** essere compilato **in tutte le parti pena l'annullamento della richiesta** (possibilmente con il Medico Curante) e **in stampatello**. Deve essere consegnato al Centro PET (lun - ven: ore 9:00-18:00) o inviato via fax (06-3013745) o via e-mail ([pet-tac@policlinicogemelli.it](mailto:pet-tac@policlinicogemelli.it)) **con copia della prescrizione/impegnativa e della documentazione richiesta a pag. 2**

---

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

---

 QUESITO CLINICO \_\_\_\_\_

 Caratterizzazione metabolica

 Valutazione per:

 Estensione di malattia

 Imaging sospetto/dubbio

 Risposta al trattamento

---

 DATA ULTIMA PET-TC \_\_\_\_\_

---

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

---

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

 Aumento marcatore o indice di laboratorio \_\_\_\_\_

---

 QUALE \_\_\_\_\_

---

 ULTIMO VALORE/DATA \_\_\_\_\_

Terapia in corso (relativa alla patologia in esame): \_\_\_\_\_

Diabete:

 NO

 SI:

 Antidiabetici orali

 Insulina

Mobilità del Paziente:

 DEAMBULANTE

 CARROZZINA

 BARELLA

PESO PAZIENTE(KG) \_\_\_\_\_

ALTEZZA PAZIENTE(CM) \_\_\_\_\_

La persona sottoscritta autorizza il Policlinico Universitario Fondazione "A. Gemelli" al trattamento dei propri dati personali necessari all'adempimento dei fini istituzionali, ai sensi del Decreto Legislativo 2018/101 e dell'art. 13 GDPR 679/16.

---

 DATA \_\_\_\_\_

---

 FIRMA \_\_\_\_\_

## PRENOTAZIONE PET-TC GLOBALE CORPOREA PER PAZIENTI AMBULATORIALI IN ATTIVITA' PRIVATA

### ALLEGARE:

- **FOTOCOPIA DELLA PRESCRIZIONE SU CARTA INTESTATA O DELL'IMPEGNATIVA**
- **FOTOCOPIA DELLA TESSERA SANITARIA**
- **FOTOCOPIA DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE CLINICA RECENTE INERENTE ALLA PATOLOGIA:** RELAZIONE CLINICA/LETTERA DI DIMISSIONI; ESAME CITO-ISTOLOGICO/BIOPSIA; MARCATORI (ES. PSA PER LE PET CON COLINA O PSMA) O INDICI DI LABORATORIO; REFERTI DI INDAGINI DIAGNOSTICHE RECENTI: **PET, TC, RM, SCINTIGRAFIA OSSEA, ECOGRAFIA**
- **DETTAGLI DELL'EVENTUALE ASSICURAZIONE (CODICI DI POSIZIONE)**

**L'IMPEGNATIVA PER ESAME PET GLOBALE CORPOREO** con **<sup>18</sup>F-FDG** deve riportare la prestazione:

- **TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPOREA CON FDG (92.18.C\_0)**

**L'IMPEGNATIVA PER ESAME PET GLOBALE CORPOREO** con **<sup>18</sup>F-Colina** o **<sup>18</sup>F-DOPA** o **<sup>68</sup>Gallio** o **<sup>11</sup>C-Metionina** o **<sup>18</sup>F-PSMA** deve riportare la prestazione:

- **TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI (92.18.D\_0)**

Le verrà dato riscontro telefonico in merito alla Sua richiesta solo dopo aver verificato l'appropriatezza dell'esame ed entro 3 giorni lavorativi dal ricevimento del modulo di prenotazione, della prescrizione/impegnativa e della documentazione clinica.

### SOLO NEL CASO

di **specifica richiesta specialistica della contestuale esecuzione di TC con mezzo di contrasto, che sarà anch'essa sottoposta a verifica di appropriatezza**, è necessario eseguire nei 60 giorni precedenti l'esame PET-TC:

- **Creatininemia**

I risultati dovranno essere portati in visione il giorno dell'esame PET-TC. Inoltre è necessario che:

- Il Medico Specialista richiedente trasmetta alla Segreteria del Centro PET la "check-list prevenzione manifestazioni allergiche da contrasto iodato nelle prestazioni radiologiche" (MOD. 083), scaricabile da Catflow, opportunamente compilata in tutte le parti, avendo cura di verificare con il Paziente la necessità di una consulenza allergologica e di una eventuale premedicazione antiallergica
- Il Paziente porti il giorno dell'esame PET-TC tutta la documentazione della consulenza allergologica e della premedicazione antiallergica da sottoporre al Medico Radiologo del Centro PET

**Solo per i Pazienti per i quali è stata richiesta e approvata l'esecuzione di TC con MDC in associazione alla PET, è necessario che il Medico fornisca un'ulteriore impegnativa per "TC DEL CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC (87.03.1\_0); TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8\_2); TC DEL TORACE SENZA E CON CONTRASTO (87.41.1\_2); TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON CONTRASTO (88.01.6\_2)", da trasmettere congiuntamente a quella per la PET.**

**Centro PET-TC Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli": piano zero - palazzina CEMI,  
Largo Francesco Vito, 1 - 00168 Roma**

**Telefono +39 06 3015 6746/ 06 3015 6747 (lunedì-venerdì: ore 10-13 e ore 15-18);**

**Fax +39 06 3013 745 | E- mail: [pet-tac@policlinicogemelli.it](mailto:pet-tac@policlinicogemelli.it)**