



Alla Medicina Nucleare – Diagnostica per Immagini – AOU Careggi
Fax 055 794 9684 / e-mail mednucapp@aou-careggi.toscana.it

Data

Cognome e Nome Sesso

Data e comune di nascita.....CF.....

Peso..... Altezza Tel1.....Tel2.....

Comune di residenzaViaCAP

Medico/RepartoTel.....

Provenienza ESTERNO INTERNO DH DP

	Restaging Post-Chirurgia	Restaging post-Chemio	Restaging post-RT	F U ripresa o recidiva
Prostata				
Epatocarcinoma				
Mammella				
Altro _____ (specificare)				

Quesito clinico _____

DIAGNOSI		PSA TOTALE (ultimi tre valori)	
TNM		Data	Valore
Gleason Score		Data	Valore
PSA		Data	Valore

Chirurgia data Tipo di intervento

Radioterapia data fine Dose..... Localizzazione

Chemioterapia data ultimo ciclo:..... N° del ciclo

Minzione spontanea No Sì Claustrofobia No Sì

Urgenza di esecuzione PET : entro 1 sett entro 2 sett entro 3 sett
entro 4 sett **Altro** _____

Motivo di urgenza

N.B.: In assenza di dati fondamentali quali Nome Cognome Data e Luogo di Nascita e Codice Fiscale, non si procederà alla prenotazione.