



ASL Lecce

PugliaSalute

P.O. VITO FAZZI DI LECCE

UOC Medicina Nucleare

P.zza F. Muratore, 1 - 73100 Lecce

0832/661591

e-mail: pet.polecce@asl.lecce.it

RICHIESTA ESAME PET

Da consegnare alla Segreteria Accettazione U.O.C. Medicina Nucleare o

inviare tramite e-mail a: pet.polecce@asl.lecce.it

Segreteria Accettazione 0832/661591

Modulo di prenotazione per Tomoscintigrafia Globale Corporea PET

Cognome _____ Nome _____ F M

Data e luogo di nascita / / _____ P e s o (K g) _____ Altezza (cm) _____

Claustrofobico Si No Barellato Si No Gravidanza Si No Autosufficiente Si No

Diabete Si No _____ Terapia insulinica/terapia orale Si No

Indirizzo _____ C i t t à _____

PROV _____ C A P _____ Codice Fiscale _____

Tel _____ Cellulare _____ e-mail _____

Provenienza Esterna Interna Ospedale _____ Reparto _____

RICHIESTA DI PRESTAZIONE:

PET Total Body con ¹⁸F-FDG

PET Total Body con ¹⁸Fluorocolina

PET cerebrale con studio quantitativo

PET con traccianti fluorati per lo studio della placca amiloide

PET segmentaria (specificare regione) _____

PET ¹⁸F-PSMA



ASL Lecce

PugliaSalute

P.O. VITO FAZZI DI LECCE

UOC Medicina Nucleare

P.zza F. Muratore, 1 - 73100 Lecce

0832/661591

e-mail: pet.polecce@asl.lecce.it

INDICAZIONI CLINICHE E SINTOMI: Neoplasia Polmonare Linfoma Melanoma Nodulo Polmonare

Neoplasia Colon-rettale Neoplasia Esofagea Neoplasia Mammella Neoplasia Testa-collo (non tiroide e SNC) Altro _____

Diagnosi Istologica _____

Stadio della neoplasia _____

QUESITO CLINICO:

Diagnosi Stadiazione Iniziale Ristadiazione Valutazione Risposta a Chemio/Radioterapia

Protocollo di studio Altro _____

Markers Tumorali: si no

Tipo	Data	Risultato
_____	_____	_____

Medico Proponente _____ Firma del Medico Proponente _____

Data _____ Telefono _____ mail _____

Informazioni anamnestiche:

Data ultimo esame PET _____

Data ultimo esame TAC _____

Data ultimo esame RMN _____

Data ultimo ciclo chemioterapia _____ N° cicli chemioterapia _____

Data fine radioterapia _____

Data ultimo intervento chirurgico _____ Data ultima procedura biptica _____

ATTENZIONE: E' INDISPENSABILE UN DIGIUNO DI ALMENO 6 ORE

I PAZIENTI DIABETICI DEVONO PORTARE CON LORO I FARMACI NORMALMENTE ASSUNTI.

L'esame non dev'essere eseguito prima di 30 giorni dall'intervento chirurgico o dalla fine della chemioterapia – 60 giorni dalla fine della radioterapia. La gravidanza rappresenta una controindicazione assoluta.