

RICHIESTA DI ESAME PET

NOTIZIE ANAMNESTICHE

Cognome e Nome del Paziente _____

nato il ____/____/____ a _____ Provincia (____); Residente a _____ Provincia (____)

Via _____ n. ____ Tel: _____ PESO (Kg) _____

PROVENIENZA

Paziente ricoverato presso UO: _____; Paziente esterno

Medico Referente _____ tel: _____

ESAME RICHIESTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PET Total Body con ¹⁸ F-FDG | <input type="checkbox"/> PET Cerebrale con ¹⁸ F-FDG |
| <input type="checkbox"/> PET Total Body con ⁶⁸ Ga-DOTATOC | <input type="checkbox"/> PET Cerebrale per Amiloide |
| <input type="checkbox"/> PET Total Body con ⁶⁸ Ga-PSMA11 | |
| <input type="checkbox"/> PET Total Body con ¹⁸ F-Colina | |

QUESITO CLINICO

QUADRO CLINICO

DIABETE

NO SI, paziente in terapia ipoglicemizzante orale

SI, paziente in terapia insulinica
(compilare la tabella)

	Farmaco	Unità
08:00		
12:00		
20:00		
22:00		

ATTENZIONE

Comunicare al paziente che:

- il giorno dell'esame dovrà portare in visione tutta la documentazione clinica relativa al motivo per cui è richiesta questa prestazione, in particolare le indagini di imaging eseguite presso altri centri (CD e referti);
- la data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via mail dalla nostra Segreteria.

N.B: il presente modulo va compilato in tutte le sue parti ed inviato via mail al seguente indirizzo: medicina.nucleare@ospfe.it oppure consegnato allo sportello di accettazione della segreteria della medicina Nucleare (2C0-Polo Ospedaliero di Cona). Le richieste incomplete non saranno prese in carico

Data ____/____/____

Medico Richiedente (firma e timbro)



INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE:

PET/CT CON ¹⁸F-FDG

PREPARAZIONE PAZIENTI NON DIABETECI:

- Le chiediamo di **mantenere il digiuno nelle 6 ore precedenti l'orario dell'appuntamento** fissato e comunicatoLe dalla nostra Segreteria. Le è consentita l'assunzione di piccole quantità di acqua necessarie ad assumere la restante terapia domiciliare.

PREPARAZIONE PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA INSULINICA:

- **Se assume insulina a colazione:** può fare colazione e può procedere alla somministrazione di insulina alla dose abituale (secondo schema terapeutico) **MA TASSATIVAMENTE 5 ore prima rispetto all'appuntamento** fissato e comunicatoLe dalla nostra Segreteria. Le è consentita l'assunzione di piccole quantità di acqua necessarie ad assumere la restante terapia domiciliare.
- **Se non assume insulina a colazione:** Le chiediamo di **mantenere il digiuno nelle 6 ore precedenti l'orario dell'appuntamento** fissato e comunicatoLe dalla nostra Segreteria. Le è consentita l'assunzione di piccole quantità di acqua necessarie ad assumere la restante terapia domiciliare.

PREPARAZIONE PAZIENTI DIABETICI IN TERAPIA IPOGLICEMIZZANTE ORALE (metformina o altro):

- **Se assume la dose di ipoglicemizzante orale la mattina:** **NON ASSUMA** la dose la mattina dell'esame. Le chiediamo inoltre di **mantenere il digiuno nelle 6 ore precedenti l'orario dell'appuntamento** fissato e comunicatoLe dalla nostra Segreteria. Le è consentita l'assunzione di piccole quantità di acqua necessarie ad assumere la restante terapia domiciliare.

PER TUTTI I PAZIENTI:

- La sera prima dell'esame le chiediamo di consumare una **cena leggera**.
- Il giorno dell'esame la preghiamo di **portare in visione tutta la documentazione** clinica relativa al motivo per cui si esegue questo esame, in particolare le indagini di imaging eseguite presso altri centri (CD e referto). Le chiediamo di **portare una bottiglietta da mezzo litro d'acqua**.
- La durata complessiva dell'esame ¹⁸F-FDG PET/CT è di circa 2/3 ore.
- Le consigliamo **abiti comodi** e Le chiediamo di non **indossare catenine, bracciali, orecchini, orologi, piercing, ecc.**

In caso di dubbi o rinuncia La preghiamo di avvisare tempestivamente la nostra Segreteria al seguente numero telefonico **0532 236387** dalle ore 8.00 alle ore 10.00.