



REGIONE PUGLIA  
AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA  
CONSORZIALE "POLICLINICO DI BARI"  
Piazza Giulio Cesare, 11 - 70124 BARI  
P.IVA 04846410720

D.A.I. PATOLOGIA DIAGNOSTICA, BIOIMMAGINI E SANITÀ PUBBLICA  
**UNITÀ OPERATIVA MEDICINA NUCLEARE**  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "ALDO MORO" DI BARI

Direttore: **Prof. Giuseppe RUBINI**

Segreteria: 080 5592779

Diagnostica: 080 5593482

Fax: 080 5592983

Segr. Univ. 080 5478978

**CENTRO DIAGNOSTICA PET/CT**

Segreteria/Prenotazioni: 800212444 – Fax 080 5593561

**SCHEDA RICHIESTA PRENOTAZIONE PET/TC + VISITA MEDICO NUCLEARE**  
**IL MODULO VA COMPLETATO IN OGNI SUA PARTE - TRASMETTERE VIA FAX ALLO 0805593561**

☐ PET/CT con <sup>18</sup>F-FDG

☐ PET/CT con <sup>18</sup>F-FCH (COLINA)

☐ PET/CT con <sup>18</sup>F-β-AMILOIDE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Residenza \_\_\_\_\_ **se ricoverato** ☐ **SI specificare ospedale e reparto** \_\_\_\_\_ Telefono Paziente (cellulare/casa) \_\_\_\_\_

| Medico Proponente     | Specificare istituzione                 |                                            |                                                            | Telefono/Fax Medico proponente            |                                                   |
|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Sospetto Diagnostico: | <input type="checkbox"/> Pat.Oncologica | <input type="checkbox"/> Pat. Cardiologica | <input type="checkbox"/> Pat. Neurologica (specificare) => | <input type="checkbox"/> M. di Alzheimer  | <input type="checkbox"/> Demenza Vascolare        |
|                       |                                         |                                            |                                                            | <input type="checkbox"/> M. di Parkinson  | <input type="checkbox"/> Demenza Fronto-temporale |
|                       |                                         |                                            |                                                            | <input type="checkbox"/> M. di Huntington | <input type="checkbox"/> Demenza a corpi di Lewy  |
|                       |                                         |                                            |                                                            | <input type="checkbox"/> Altro .....      |                                                   |

Quesito Clinico:

☐ DIAGNOSI ☐ STADIAZIONE INIZIALE ☐ RISTADIAZIONE ☐ VALUTAZIONE POST RADIO/CHEMIOTERAPIA

☐ ALTRO .....

Precedente PET/CT eseguita in data \_\_\_\_\_ presso ☐ Policlinico di Bari ☐ Altra struttura \_\_\_\_\_

Dati anamnestici e laboratoristici \_\_\_\_\_

Esami di diagnostica per immagini eseguiti (precisare ed allegare copia dei referti)

INTERVENTI CHIRURGICI ☐ SI' (Eseguito in data ..... ) ☐ NO

RADIOTERAPIA ☐ SI' (Ultimo ciclo in data ..... ) ☐ NO

CHEMIOTERAPIA ☐ SI' (Ultimo ciclo in data ..... ) ☐ NO

Indicazioni cliniche e sintomi:

☐ NODULO POLMONARE ☐ NEOPLASIA POLMONARE ☐ NEOPLASIA MAMMELLA ☐ MELANOMA ☐ LINFOMA (☐ LH - ☐ LNH ..... )  
☐ NEOPLASIA TESTA-COLLO (non tiroide e snc) ☐ NEOPLASIA ESOFAGEA ☐ NEOPLASIA COLON-RETTALE ☐ NEOPLASIA GASTRICA  
☐ NEOPLASIA UTERO-OVAIO ☐ VITALITA' MIocardica ☐ ALTRO .....

Notizie Particolari

DIABETE: ☐ SI (specificare tipo di terapia e dosaggio..... ) ☐ NO

DIALISI: ☐ EMODIALISI ☐ PERITONEALE Specificare frequenza ..... ☐ NO

PESO Kg. .... ALTEZZA cm. ....

CLAUSTROFOBIA: ☐ SI ☐ NO ANSIETA': ☐ SI ☐ NO FUMATORE: ☐ SI ☐ NO

DEAMBULAZIONE: ☐ AUTONOMA ☐ SEDIA A ROTELLE ☐ BARELLA ☐ ALTRO .....

MEDICO  
(FIRMA - TIMBRO)

\_\_\_\_\_, li, \_\_\_\_\_

**N.B.: Copia dei referti relativi alla patologia devono essere inviati in allegato alla presente scheda al fine di ottimizzare le procedure di prenotazione.**