

**SCHEDA PRENOTAZIONE ESAME PET-TC CON <sup>68</sup>Ga-DOTATOC TOTAL BODY  
IN PAZIENTE CON PATOLOGIA ONCOLOGICA NEUROENDOCRINA**

|                           |                |              |                |            |
|---------------------------|----------------|--------------|----------------|------------|
| <b>Medico Richiedente</b> | <b>Cognome</b> |              | <b>Nome</b>    |            |
| <b>Ospedale</b>           |                |              | <b>Reparto</b> |            |
| <b>Tel.</b>               |                | <b>Cell.</b> |                | <b>Fax</b> |

**ANAGRAFICA PAZIENTE**

|                       |                          |   |  |
|-----------------------|--------------------------|---|--|
| <b>Cognome</b>        |                          | <b>Nome</b>   |  |
| <b>Indirizzo</b>      |                          |   |  |
| <b>Codice fiscale</b> |                          | <b>Luogo e data di nascita</b>  |  |
| <b>Provenienza</b>    |                          | <b>Recapiti telefonici</b>  |  |
| <b>Peso: kg</b> ..... | <b>Altezza: cm</b> ..... | <input type="checkbox"/> Claustrofobico <input type="checkbox"/> Allettato <input type="checkbox"/> Allergico (specificare) ..... |  |

**Patologia di base che richiede l'esame PET-TC:**

- Tumore gastro-entero-pancreatico (GEP)  
 Tumore neuroendocrino polmonare  
 Paraganglioma  
 Meningioma  
 Altro (specificare).....

**Quesito diagnostico:**

- Diagnosi  
 Stadiazione iniziale  
 Ristadiazione e/o valutazione risposta alla terapia  
 Recidiva  
 Altro (specificare) .....

**Esami strumentali:**

|                            |           |                                    |
|----------------------------|-----------|------------------------------------|
| <b>PET</b>                 | <b>NO</b> | <b>SI:</b> data ultimo esame ..... |
| <b>TC</b>                  | <b>NO</b> | <b>SI:</b> data ultimo esame ..... |
| <b>RMN</b>                 | <b>NO</b> | <b>SI:</b> data ultimo esame ..... |
| <b>Altri esami</b>         | <b>NO</b> | <b>SI:</b> data ultimo esame ..... |
| <b>Test di laboratorio</b> | <b>NO</b> | <b>SI:</b> specificare .....       |

**Terapie pregresse:**

|  |           |   |
|--|-----------|---|
| <b>Biopsia</b>   | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare sede e data .....                   |
| <b>Chirurgia</b>                                       | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare sede e data .....                   |
| <b>Chemioterapia</b>                                   | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare data dell'ultima dose .....         |
| <b>Terapia Radiometabolica</b>                         | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare data ultimo ciclo .....             |
| <b>Terapia con analoghi freddi della somatostatina</b> | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare data ultima somministrazione: ..... |

**Condizioni generali del paziente. Limitazioni da considerare per l'esecuzione dell'esame PET-TC:**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>Processi infiammatori in atto</b>                                       | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare sede e durata .....              |
| <b>Patologie neoplastiche concomitanti</b>                                 | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare sede e data della diagnosi ..... |
| <b>Patologie infiammatorie croniche (es. tiroidite cronica autoimmune)</b> | <b>NO</b> | <b>SI:</b> indicare sede e data della diagnosi ..... |

**Allegare alla scheda:** breve relazione clinica, referti cito/istologici, esami ematochimici e copia dei referti di tutti gli esami strumentali (TC, RMN, PET, etc...) eseguiti.

Poiché l'art.111 del D.L. N°230 attribuisce al Medico Nucleare la responsabilità di verificare l'appropriatezza dell'indagine, la presente richiesta non potrà essere considerata se non compilata integralmente ed allegando la documentazione correlata.

**Il Medico Richiedente**

Firma

.....

**PRENOTAZIONE**  
**ESAME PET-TC CON <sup>68</sup>Ga-DOTATOC TOTAL BODY**  
**IN PAZIENTE CON PATOLOGIA ONCOLOGICA NEUROENDOCRINA**

**Ai fini della prenotazione dell'esame è assolutamente necessario:**

Compilare l'apposita scheda di prenotazione ed inviarla con gli eventuali allegati via **e-mail** all'indirizzo: [istituto.medicina.nucleare@aouss.it](mailto:istituto.medicina.nucleare@aouss.it)

Allegare alla scheda di prenotazione:

Breve relazione clinica (in particolare riportare la presenza di eventuali allergie e di terapia con analoghi freddi della somatostatina indicando la data dell'ultima somministrazione)

Esami ematochimici

Referti esami strumentali (TC, RMN, Ecografie, Scintigrafie, pregressi esami PET, etc...)

Referti cito/istologici

Tempi più brevi dei succitati saranno contemplati esclusivamente in casi particolari preventivamente concordati.

- Se la richiesta, valutata dal Medico Nucleare, sarà considerata appropriata, verrà comunicata la conferma via email o telefonicamente al Medico richiedente e/o al paziente. La lettera di conferma conterrà le istruzioni essenziali e la data e l'ora di esecuzione dell'esame PET-TC.