

	<b>UOC MEDICINA NUCLEARE</b> <b>SCHEDA NOTIZIE CLINICHE PER PRENOTAZIONE</b> <b>INDAGINE</b> <b>PET/CT CEREBRALE</b> <sup>18</sup> <b>F-AMILOIDE</b>	MOD05_IOnuclT001_ORG	Pag 1 di 1
			Rev 00 del 26.03.2019

**COGNOME e NOME** .....

Nato il ...../...../..... a .....

Residente a ..... Via ..... TEL .....

Provenienza  Ricoverato/Reparto .....  Esterno

**MEDICO INVIANTE** ..... TEL .....

**Email** ..... **Centro CDCD** .....

Data inizio sintomi.....

**Sintomatologia soggettiva d'esordio**

Memoria  Linguaggio  Visuospatiale  Esecutivo  Aprassie  Attenzione  Comportamento

**Sospetto diagnostico sindromico**

Decadimento Cognitivo Lieve o MCI  Demenza Fronto-temporale  Demenza Atipica  
 Demenza di Alzheimer Possibile  Demenza di Alzheimer Probabile  Demenza Vascolare  
 Demenza a corpi di Lewy  Altro .....

**In caso di MCI indicare se deficit preminente di tipo**

Amnesico  Non-amnesico  Singolo dominio  Multi-dominio

**Punteggio MMSE grezzo** ..... /30 **Eventuale MMSE corretto per età e scolarità** ..... /30

**Descrizione delle comorbilità note** .....

**Eventuali farmaci psicoattivi assunti** .....

**Risultati di imaging strutturale (RM o TC)**

Atrofia ippocampale  Atrofia corticale  Leucoaraiosi  Lesione Infartuale  Allargamento Ventricolare

**Risultato di eventuale PET con FDG o SPECT perfusione** .....

**Risultato di eventuale SPECT con marcatore del DAT** .....

**Risultato di eventuali altri esami ritenuti rilevanti per il caso (EEG, etc..)** .....

**Descrivere per quale motivo il deterioramento cognitivo rimane incerto dopo il completamento di una valutazione clinica standard e trattamento di patologie concomitanti** .....

**DATA**.....

**MEDICO RICHIEDENTE**