

 <p> <b>UniversitätsSpital Zürich</b>  <b>Klinik für Nuklearmedizin</b>          Tel.: +41 (0)44 255 18 18 Durchwahl 3          E-Mail: nuklearmedizin@usz.ch          Fax: +41 (0)44 255 44 14          www.nuk.usz.ch       </p> <p> <b>Anmeldung PET/CT &amp; PET/MRI mit  <sup>68</sup>Ga-PSMA oder <sup>18</sup>F-Cholin</b> </p>	<p> <b>Name, Vorname</b>  <b>Strasse:</b>  <b>PLZ, Ort:</b>  <b>Telefon:</b>  <b>E-Mail:</b>  <b>Geburtsdatum:</b>  <b>Geschlecht:</b>      <input type="checkbox"/> männlich      <input type="checkbox"/> weiblich       </p>
<p> <b>Auftraggeber/Zuweiser:</b> (Stempel oder Blockschrift)       </p> <p> <b>Gewünschte Befundübermittlung:</b>  <b>(Bildversand via Mail nicht möglich)</b> </p> <p>         Email      <input type="checkbox"/> _____          Fax      <input type="checkbox"/> _____          H-NET      <input type="checkbox"/> _____          Post      <input type="checkbox"/> _____       </p>	<p> <u>Körpergewicht und -grösse:</u>          Aufgrund der Substanzvorbereitung (Radiopharmakon) für den Patienten sind Körpergewicht und -grösse ein entscheidender Faktor. Deswegen bitten wir Sie um diese Angaben des Patienten.       </p> <p> <b>Körpergrösse/ Körpergewicht:</b> </p> <hr/> <p>         Angemeldet für: Zeit: _____ Datum: _____       </p>

Sehr geehrte/r

Herr Prof. Dr. P. Stolzmann; Herr Prof. Dr. L. Husmann; Herr PD Dr. M. Hüllner; Frau Dr. C. Mader

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Hiermit melde ich oben genannten Patienten zu folgender Untersuchung an:

<p>         Problemorientierte Abklärung gemäss Fragestellung <input type="checkbox"/> </p> <p> <b>PET / CT</b> </p> <p> <sup>68</sup>Ga-PSMA-PET/CT <input type="checkbox"/>  <sup>18</sup>F-Cholin PET/CT <input type="checkbox"/> </p> <p> <b>PET / MRI</b> </p> <p> <sup>68</sup>Ga-PSMA-PET/MRI <input type="checkbox"/>  <sup>18</sup>F-Cholin PET/MRI <input type="checkbox"/> </p>	<p>         Klinische Angaben:       </p> <p>         Fragestellung :       </p> <p>         Bemerkungen:       </p>
--	--

**Um eine Finanzierung der Untersuchung zu gewährleisten, sind die folgenden Angaben notwendig.**

Gemäss des Bundesgesetzes ist das Ga-PSMA sowie Cholin beim Rezidiv des Prostatakarzinoms eine registerungspflichtige Leistung. Dieses von der kantonalen Ethikkommission bewilligte Register erfasst:

1. den Wissensstand vor der PET-Untersuchung
2. den Informationsgewinn durch PET und
3. den – rund 4 Wochen nach dem PET erhobenen – Einfluss auf das Patientenmanagement.

Patient willigt ein, am Register teilzunehmen:

Ja       Nein

**Further information needed, if patient is willing to participate:**

**Specific reason for PET scan**

- Initial Staging of newly diagnosed cancer
- Monitoring Treatment Response
- Restaging after completion of therapy
- Suspected Recurrence of a previously treated cancer

**Has this cancer diagnosis been pathologically proven?**

- Yes
- No

**Your working summary for the patient before the PET scan is**

- No evidence of disease / In remission
- Localized only
- Regional by direct extension or lymph node involvement or both
- Metastatic with a single suspected site
- Metastatic (distant) with multiple sites

**Management plan without PET**

- Observation (with close follow-up)
- Additional Imaging (CT, MRI) or other non-invasive diagnostic tests
- Tissue Biopsy
- Treatment

**In case of treatment: Goal would be**

- Curative
- Palliative

**In case of treatment: type of treatment would be**

- Surgical
- Chemotherapy
- Radiation
- Other
- Supportive care
- Hormonal therapy
- Bisphosphonate therapy
- Immunotherapy (e.g., Sipuleucel T (Provenge®) for prostate cancer)
- Radiopharmaceutical therapy (strontium-89, samarium-153, etc.)

**Staging (standard reporting depending on indication)**

Actual PSA value:

Actual PSA doubling time:

Gleason Score:

Initial PSA value:

TNM Stage (initial):

Resection status: R0 / R1 / R2