

Data.....

Kwestionariusz badania PET - TK

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię:.....

Adres:.....

Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

Wypełnia pacjent:

O której godzinie spożył Pan/Pani ostatni posiłek?

Czy Pan/Pani choruje na cukrzycę? NIE/TAK (Czy przyjmuje Pan/Pani insulinę? NIE/TAK)

Kobiety w okresie rozrodczym: Czy jest Pani w ciąży? NIE/TAK

Czy miesiączkuje Pani? NIE/TAK (data ostatniej miesiączki)

Czy miał Pan/Pani złamania kości? NIE/TAK (których kości? kiedy?)

.....
Czy ma Pan/Pani wszczepione: protezy, cewniki, stymulator serca? NIE/TAK (podać jakie)

.....
Czy miał Pan/Pani jakieś zabiegi operacyjne? NIE/TAK (jakie? gdzie? kiedy?)

.....
Czy choruje Pan/Pani na choroby nerek? NIE/TAK (jakie? od kiedy?)

.....
Choroby tarczycy? NIE/TAK (jakie? od kiedy?)

.....
Choroby przewodu pokarmowego? NIE/TAK (jakie? od kiedy?)

.....
Choroby reumatyczne, zwyrodnieniowe lub inne choroby stawów? NIE/TAK (jakie? od kiedy?)

.....
Alergię? NIE/TAK (na jakie substancje?)

.....
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na jakiegokolwiek leki? NIE/TAK (jakie? od kiedy?)

.....
Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie jakieś leki? NIE/TAK (jakie? z jakiego powodu? od kiedy?)

.....
Palenie tytoniu (prosimy wybrać odpowiednie zdanie i ewentualnie wpisać dane):

- Nie palę i nigdy nie paliłem.
- Obecnie nie palę, ale paliłem w przeszłości. Jak długo? lat. Ile paczek dziennie?
- Palę. Jak długo? lat. Ile paczek dziennie?
- Inne:

Aktualne dolegliwości (w dniu badania) np.: wymioty, biegunka, nietrzymanie moczu: TAK/NIE

.....
podpis lekarza

.....
czytelny podpis pacjent

Wypełnia personel:

Nazwisko i imię:.....

Nr ewidencyjny:.....

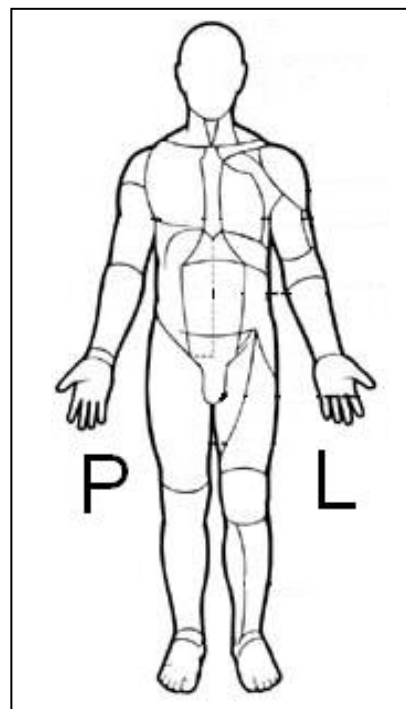
Waga [kg]: wzrost [cm]:

Pomiar stężenia glukozy we krwi [mg%]:

Miejsce podania radiofarmaceutyku (zaznaczyć na schemacie) →

Znacznik: 18-FDG 18-FCH

Aktywność brutto [MBq]:



Podanie radiofarmaceutyku [godz. : min.]:

Aktywność pozostała w strzykawce [MBq]:

Aktywność *netto* podana pacjentowi [MBq]:

.....
Znacznik nabrał/a

.....
Znacznik podał/a

Poczekalnia: A B C

Projekcje:

WB

Płaski blat

WB z głową

DTP

WB z głową do kolan

Uwagi:

CC

Inne:

Rozpoczęcie badania: [godz. : min.]:.....

Badanie wykonał/a: