



NOSŪTĪJUMS PET/CT IZMEKLĒJUMAM

Pacienta vārds, uzvārds:

Personas kods:
_____ - _____
Adrese:

Tel. nr.: _____
e-pasts: _____

L. cien. kolēģe / A.god. kolēģi, lūdzam nosūtīt aizpildītu anketu elektroniski vai pa e-pastu, vēlams nedēļu pirms plānotā izmeklējuma. Lūdzu nododiet pacientam PET/CT izmeklējumam nepieciešamos iepriekšējo izmeklējumu rezultātus (radioloģisko izmeklējumu attēlus datu nesējos) – CT, MR, US, kaulu scintigrāfijas, laboratoros, histoloģiskos un citus aktuālos datus!

Vēlamais izmeklējuma datums
Ķermeņa svars kg
Grūtniecība jā nē
Klaustrofobija jā nē
CT kontrastvielas alerģija jā nē
Kustību traucējumi jā nē
Spēj nogulēt uz muguras nekustīgi 30-60 minūtes jā nē

Pilna diagnoze (precizējot pielietoto terapiju veidus, laikus):

Nosūtījuma mērķis, interesējošais jautājums:

Stadijas noteikšana	<input type="checkbox"/>	Reziduālo masu noteikšana	<input type="checkbox"/>	Paaugstināti tumoru marķieri	<input type="checkbox"/>
Recidīva izslēgšana	<input type="checkbox"/>	Terapijas efekta izvērtēšana	<input type="checkbox"/>	Paraneoplastiskais sindroms	<input type="checkbox"/>
Novērošana dinamikā	<input type="checkbox"/>	Metastāžu izslēgšana	<input type="checkbox"/>	Nezināms primārais audzējs	<input type="checkbox"/>

Citi jautājumi

Operācija (6 ned. laikā) jā nē Kad? Kāda veida?

Pēdējā ķīmijterapija jā nē Kad pabeigta?

Pēdējā staru terapija jā nē Kad pabeigta?

Iepriekšējā PET/CT jā nē Kad, Kur?

Iepriekšējā CT jā nē Kad, Kur?

Cukura diabēts jā nē Glikozes līmenis diabētiķiem (datums)

Vairogdz. hiperfunkc. jā nē Aktuālais TSH līmenis (datums)

Metformīns jā nē Aktuālais kreatinīna līmenis (datums)

Pašlaik lietotie medikamenti:

Tuberkuloze jā nē Elpceļu iekaisuma slimības jā nē **Sievietēm reproduktīvā vecumā**

Sarkoidoze jā nē Zarnu iekaisuma slimības jā nē Pēdējās menses (datums)

Sinusīts jā nē Reimatoīdais poliartrīts jā nē Cikls regulārs jā nē

HIV/AIDS jā nē Vīrusu hepatīti (VHB, VHC) jā nē Bērna zīdīšana jā nē

Būtiskākais pacienta/-es sagatavošanā!

Vismaz 6 h pirms izmeklējuma neēst un vismaz 24 h atturēties no fiziskām aktivitātēm. Atļauts lietot ūdeni, minerālūdeni un nesaldinātu tēju. Pacienti ar cukura diabētu skatīt "Cukura diabēta pacientu sagatavošana PET/CT izmeklējumam".

Ārsta nosūtītāja vārds, uzvārds:

Ārstniecības iestāde, adrese:

Tel. nr.: e-pasts:

Lūdzu norādīt, uz kuriem nosūtīt atbildi:

Izmeklējuma dienā pacientam/-ei jāie-rodas SIA "MEDVISION" reģistratūrā, Rīgā, Gardenes ielā 13 ar reģistratori iepriekš saskaņotajā laikā.

Tel. nr.

e-pasts: