

Pacientų siuntimo pozitronų emisijos tomografijos su kompiuterine tomografija (PET/KT) tyrimui naudojant ¹⁸F-FDG ir PET/KT tyrimo rezultatų pateikimo tvarkos aprašo priedas

SIUNTIMAS ATLIKTI PET/KT TYRIMĄ

(Pildoma spausdintinėmis raidėmis)

Data: _____

Paciento duomenys:

Vardas _____ Pavardė _____

Gimimo data _____ m. _____ mėn. ____ d. Ūgis _____ cm. Svoris _____ kg.

Adresas _____

Tel. _____

El. paštas _____

Siunčiančio gydytojo duomenys:

Vardas, pavardė _____

Specialybė _____

Gydymo įstaiga _____

Adresas, el-paštas _____

Darbo tel. _____ Faksas _____

Medicininės indikacijos:

Diagnozė _____

Siuntimo PET tikslas _____

Paskutinių šešių mėnesių radiologinių tyrimų (KT, MR, PET) išvados (pridėti)

Skirtas gydymas:

Radioterapija (RT): taip ; ne ; jei taip: sritis _____

Paskutinė RT taikyta _____ m. _____ mėn. ____ d.

Chemoterapija (ChT): taip ; ne ; jei taip: schema _____

Paskutinė ChT taikyta _____ m. _____ mėn. ____ d.

Chirurginis gydymas: taip ; ne ; jei taip (kokia operacija) _____

Data _____ m. _____ mėn. ____ d.

Ar paskutinių 2 savaičių laikotarpiu buvo atliktos intervencinės procedūros, biopsijos ir kt.?

Taip ; ne ; jei taip, kokios ir kada _____

Ar paciento kūne yra protezų ir kt. svetimkūnių? (nurodyti) _____

Kokiomis kitomis gretutinėmis ligomis serga pacientas:

inkstų funkcijos nepakankamumu: taip ; ne ;

širdies funkcijos nepakankamumu: taip ; ne ;

miokardo infarktu: taip ; ne ;

insultu: taip ; ne ;

kepenų funkcijos nepakankamumu: taip ; ne ;

įgimtomis ligomis: taip ; ne ; jei taip, kokiomis _____

psichikos ligomis: taip ; ne ; jei taip, būklė šiuo metu _____.

Kita:

paciento ribotas judrumas: taip ; ne ; rūkymas: taip ; ne

Ar pacientas alergiškas? taip ; ne ; jei taip, tai kam

Kitos gretutinės ligos _____

Šiuo metu vartojami medikamentai _____

Ar pacientas buvo gydomas ir kada:

steroidais: taip ; ne ; jei taip kada ir kaip _____

kaulų čiulpų stimuliacija: taip ; ne ; jei taip kada _____

Kokiomis uždegiminėmis ligomis pastaruoju metu sirgo pacientas:

tuberkulioze: taip ; ne ;

sarkoidoze: taip ; ne ;

žarnyno uždegiminėmis ligomis: taip ; ne ;

reumatoidiniu poliartritu: taip ; ne ;

sinusitu: taip ; ne ;

ūminėmis kvėpavimo takų infekcijomis taip ; ne .

Kitos infekcinės uždegiminės ligos _____

Ar pacientas serga uždarytų patalpų baime (klaustrofobija)? taip ; ne .

Ar pacientas galės vykdyti paliepiamus ir ramiai išgulėti procedūros metu (20–45 min.) virš galvos ištiestomis rankomis? taip ; ne .

Gliukozės kiekis plazmoje _____, nustatymo data _____

Cukrinis diabetas: nuo insulino priklausomas: taip ; ne ;

nuo insulino nepriklausomas: taip ; ne .

Koks medikamentinis gydymas taikomas cukriniam diabetui kompensuoti _____

Reproduktyvaus amžiaus moterys:

Nėštumas taip ne

Ar kūdikį maitina krūtimi? taip ne

Paskutinių mėnesinių data _____, ar jos reguliarios? _____

Siunčiančio gydytojo spaudas ir parašas _____ Data _____

Komisijos

išvada: _____

Numatomo PET tyrimo data:

_____ m. _____ mėn. _____ d. _____ val.

Komisijos narių parašai ir spaudai: