

NOSŪTĪJUMS PET/CT IZMEKLĒJUMAM AR 18FDG

Pacienta vārds, uzvārds:	L. cien./ A.god. kolēģi, lūdzam nosūtīt aizpildīto anketu elektroniski vai pa 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!			
Personas kods:				
Adrese:	Vēlamais izmeklējuma datums			
	Ķermeņa svars (kg)			
	<input type="checkbox"/> PET / CT izmeklējums			
	<input type="checkbox"/> PET/CT izmeklējums un CT ar intravenozās kontrastvielas ievadi		Kreatinīna līmenis (pēdējā mēneša laikā)	
Tel. nr.:	Jā	Nē		
	Grūtniecība	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jā Nē
e-pasts:	CT kontrastvielas alerģija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klaustrofobija <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Kustību traucējumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spēj nogulēt uz muguras nekustīgi 30-60 minūtes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Pilna diagnoze (precizējot pielietoto terapiju veidus, laikus):

Nosūtījuma mērķis, interesējošais jautājums:

Stadijas noteikšana	<input type="checkbox"/>	Reziduālo masu noteikšana	<input type="checkbox"/>	Paaugstināti tumora 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:

	Jā	Nē			
Operācija (6 ned. laikā)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kad? Kādā veida?		
Pēdējā ķīmijterapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kad pabeigta?		
Pēdējā staru terapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kad pabeigta?		
Iepriekšējā PET/CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kad, kur?		
Iepriekšējā CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kad, kur?		
Cukura diabēts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glikozes līmenis diabētiķiem		
Vairogdziedzera hiperfunkcija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktuālais TSH līmenis		
Metformīns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktuālais kreatinīna līmenis		
Pašlaik lietotie medikamenti:					
	Jā	Nē		Jā	Nē
Tuberkuloze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elpceļu iekaisuma slimības	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarkoidoze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zarnu iekaisuma slimības	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusīts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reimatoīdais poliartrīts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vīrusu hepatīts (VHB, VHC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sievietēm reproduktīvā vecumā	
				Pēdējās menses	
					Jā Nē
				Cikls regulārs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Bērna zīdīšana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Būtiskākais pacienta/-es sagatavošana!

Vismaz 6 h pirms izmeklējuma neēst un vismaz 24 h atturēties no fiziskām aktivitātēm. Atļauts lietot ūdeni, minerālūdeni un nesaldinātu tēju. Pacientiem 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 datus vēlos saņemt Datamed.lv sistēmā

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

Tel. nr. +371 27 078 822

e-pasts: info@medvision.lv