

## NOSŪTĪJUMS PET/CT IZMEKLĒJUMAM ar 68Ga-PSMA un 18F-holīns

<b>Pacienta vārds, uzvārds:</b>	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!			
<b>Personas kods:</b>				
<b>Adrese:</b>	<b>Vēlamais izmeklējuma datums</b>			
	<b>Ķermeņa svars (kg)</b>			
	<input type="checkbox"/> PET / CT izmeklējums			
	<input type="checkbox"/> PET/CT izmeklējums un CT ar intravenozās kontrastvielas ievadi		Kreatinīna līmenis (pēdējā mēneša laikā)	
<b>Tel. nr.:</b>		Jā	Nē	
<b>e-pasts:</b>	<b>CT kontrastvielas alergija</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Klaustrofobija</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Kustību traucējumi</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Spēj nogulēt uz muguras nekustīgi 30-60 minūtes</b> <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
Vairogdziedzeris 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"/>

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. 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