

ANKIETA DLA PACJENTA PRZED BADANIEM PET/CT

Imię i nazwisko pacjenta

data

Prosimy o czytelne wypełnienie poniższej ankiety przez pacjenta osobiście lub przez jego opiekuna prawnego (umożliwi to prawidłowe przeprowadzenie badania oraz jego oceny).

PRAWDŁOWĄ ODPOWIEDŹ PROSZĘ ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM

1. Czy choruje Pan/Pani		
na cukrzycę ?	TAK	NIE
na choroby nerek ?	TAK	NIE
na choroby przewodu pokarmowego ?	TAK	NIE
na choroby tarczycy ?	TAK	NIE
inne przewlekłe choroby ?		
2. Czy była prowadzona chemioterapia?	TAK	NIE
do kiedy?		
3. Czy była prowadzona radioterapia?	TAK	NIE
do kiedy? jaka okolica ciała?		
4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne?	TAK	NIE
jakie operacje ?		
5. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał Pan/Pani wykonywane:		
biopsję	TAK	NIE
w jakiej okolicy ?		
gastroskopię	TAK	NIE
kolonoskopię	TAK	NIE
brochoskopię	TAK	NIE
usunięcie zęba	TAK	NIE

6. Czy w ciągu ostatniego miesiąca miał Pan/Pani wykonywane zastrzyki (brzuch, pośladki) ?	TAK	NIE
7. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miał Pan/Pani infekcję lub przeziębienia ?	TAK	NIE
8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni brał Pan/Pani antybiotyki? Jeśli tak to kiedy zakończono ?	TAK	NIE
9. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miał Pan/Pani urazy, stłuczenia ?	TAK	NIE
10. Czy chorował Pan/ Pani na gruźlicę (kiedy?)	TAK	NIE
11. Czy pali Pan/Pani papierosy? Ile lat Pan/Pani palił/a i kiedy zaprzestał/a?	TAK	NIE
12. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin wykonywał Pan/Pani intensywny wysiłek fizyczny?	TAK	NIE
13. Czy ma Pan/Pani klaustrofobię?	TAK	NIE
14. Czy może Pan/Pani trzymać ręce w górze?	TAK	NIE
15. Czy ma Pan/Pani stymulator serca, endoprotezy lub jakieś metalowe implanty?	TAK	NIE
16. Czy ma Pan/Pani problemy z oddawaniem moczu?	TAK	NIE
17. Czy ma Pan/Pani alergię na jod lub środki kontrastowe?	TAK	NIE
18. Czy w przeszłości miał Pan/Pani wykonywane badanie tomografii komputerowej ? Czy w występowały jakieś problemy ?	TAK	NIE

Przeciwwskazaniem do badania PET-CT jest **ciąża** – kobieta w ciąży ma obowiązek zgłosić to personelowi pracowni PET-CT.

Potwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Uwagi lekarza

.....
.....

.....
data, podpis, pieczęć lekarza