

	UPITNIK I SAGLASNOST ZA PET/CT	OB-1/0
---	---------------------------------------	---------------

Lokacija: _____

Ime i prezime: _____ Spol M Ž

Datum i mjesto rođenja _____ MBO _____

Adresa: _____ Tel: _____

UPUTNA DIJAGNOZA: _____

Upućuje se na: ☐ PET/CT ☐ WB ☐ PET/CT s dijagnostičkim CT-om

Datum i vrijeme pretrage: _____ ID _____ APL _____

Inkontinencija urina	NE	DA	Stoma	NE	DA	_____
Urinarni kateter	NE	DA	Nedavne povrede	NE	DA	_____
Pacemaker	NE	DA	Upala zglobova	NE	DA	_____
Zatajenje bubrega	NE	DA	Umjetni zglob, implantat	NE	DA	_____
Bolesti štitnjače	NE	DA	Astma	NE	DA	_____
Šećerna bolest	NE	DA	LIJEKOVI:	_____		
Bolesti srca	NE	DA		_____		
Alergije na jod	NE	DA		_____		

Jeste li dosad primali kontrast kod radioloških pretraga i kojih? _____

Navedite druge moguće alergije ili poteškoće pri prethodnim pretragama _____

*za žene u generativnoj dobi datum ZM: _____

Koliko mi je poznato nisam trudna, a ujedno shvaćam da u slučaju trudnoće ova pretraga može štetiti mojem nerođenom djetetu.

Potpis: _____

Visina/tj.težina: cm/kg; _____ cm/ _____ kg; Zadnji obrok prije: _____; Kreatinin: _____ μmol/L

GUK: _____ mmol/L; eGFR: _____ ml/min Datum: _____

Napomena: _____ Mjesto injiciranja radiofarmaka: _____

Radiofarmak	Navučena doza: _____	18F-FDG	☐
	Ostatna doza: _____	18F-FCH	☐
	Injicirana doza: _____	Vrijeme injiciranja:	_____

PET	Protokol snimanja : _____	kontrola	☐
	„Uptake“: _____ min	Broj frameova / min: _____	PRS ☐
	Vrijeme početka snimanja: _____		CD ☐
	Vrijeme završetka snimanja: _____		EBW2 ☐

CT	lowdose CT ☐	dijagnostički CT ☐
Kontrast : per os ☐	I.V. ☐	_____ mL Protok: _____ mL/s
Debljina sloja: _____	Električni uvjeti: _____ kV/	_____ mAs

	UPITNIK I SAGLASNOST ZA PET/CT	OB-1/0
---	---------------------------------------	--------

SAGLASNOST za prihvatanje preporučenog dijagnostičkog postupka

U skladu s člancima 9. i 11. Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata u FBiH, upoznat/a sam na meni razumljiv način sa potrebom za ovom pretragom, mogućim komplikacijama i propratnim pojavama, te sam razumio/la pročitano i imao/la mogućnost postaviti pitanja lekaru radi pojašnjenja.

Izjavljujem da svojom slobodnom voljom, temeljenom na potpunom informisanju o preporučenom dijagnostičkom postupku i svojstvima lijeka (kontrasta/radiofarmaka), koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem saglasnost za izvođenje PET/CT pretrage što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

Također potvrđujem da su gornji odgovori istiniti.

*(Napomena: za pacijente bez svijesti, s težim mentalnim poremećajem, poslovno nesposobne ili maloljetne osobe, potrebno je navesti ime i prezime zakonskog zastupnika ili staratelja, koji se tada potpisuje.)

(potpis pacijenta/staratelja)

IZJAVA O ODBIJANJU preporučenog dijagnostičkog postupka

U skladu s člancima 9. i 11. Zakona o pravima, obavezama i odgovornostima pacijenata u FBiH, upoznat/a sam sa potrebom za ovom pretragom, mogućim komplikacijama i propratnim pojavama, te sam razumio/la pročitano i imao/la mogućnost postaviti pitanja lekaru radi pojašnjenja.

Stoga izjavljujem da svojom slobodnom voljom, temeljenom na potpunom informisanju o preporučenom dijagnostičkom postupku i svojstvima lijeka (kontrasta/radiofarmaka), koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem izjavu o odbijanju PET/CT pretrage, što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

Također potvrđujem da su gornji odgovori istiniti.

*(Napomena: za pacijente bez svijesti, s težim mentalnim poremećajem, poslovno nesposobne ili maloljetne osobe, potrebno je navesti ime i prezime zakonskog zastupnika/staratelja, koji se tada potpisuje.)

(potpis pacijenta/staratelja)

Zabilješke lekara uz pretragu:

Obrada pacijenta: _____ i.v. kanila: _____ aplikacija: _____

Razgovor obavio: _____

FDG priprema: _____ Snimanje: _____ PET/CT upitnik: _____