

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 zglobovi, implantati	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	

SUGLASNOST za prihvaćanje 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 s potrebom za ovu pretragu, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te sam razumio/la pročitano i mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

Stoga izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom postupku i svojstvima lijeka (kontrasta/radiofarmaka), koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem suglasnost za prihvaćanje PET/CT pretrage što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

Potpisom na ovoj suglasnosti ujedno potvrđujem i da su gore navedeni odgovori istiniti.

*(Napomena: za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta potrebno je navesti i ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, koji se potom potpisuje)

(potpis pacijenta/skrbnika)

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 na meni razumljiv način s potrebom za ovu pretragu, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te sam razumio/la pročitano i mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

Stoga izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti 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.

Potpisom na ovoj suglasnosti ujedno potvrđujem i da su gore navedeni odgovori istiniti.

*(Napomena: za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta potrebno je navesti i ime i prezime zakonskog skrbnika, odnosno skrbnika, koji se potom potpisuje).

(potpis pacijenta/skrbnika)

Liječničke zabilješke uz pretragu:

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

Razgovor obavio: _____

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