

POLIKLINIKA MEDIKOL MOSTAR

PET CT

MOSTAR

Bijeli brijeg b.b.
tel. +387 36 39 7007
+387 36 39 7097
info@medikol.ba
www.medikol.ba



ZAHTJEV ZA PET/CT DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK

OB-02/0

Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

Adresa: _____ Tel: _____

Visina _____ cm/težina _____ kg MBO: _____

UPUTNA DIJAGNOZA:

Pretraga se traži radi: ☐ DIJAGNOZE ☐ STUPNJA PROŠIRENOSTI ☐ „RE-STAGING-a“ ☐ PRAĆENJA UČINKA LIJEČENJA
BOLESTI - „STAGING“

Klinički upit (što se očekuje od rezultata dijagnostičke pretrage)? _____

Kada je učinjen zadnji CT? _____ Da li je bolesnik već primao i.v. kontrastna sredstva : ☐

DA NE

Operativni zahvati? ☐ ☐ _____

Kakav zahvat? _____

Provedena radioterapija? ☐ ☐ _____

Koje područje? _____

Provedena kemoterapija? ☐ ☐ _____

Koji tretman? _____

Primjenjena ostala terapija? ☐ ☐ _____

Koja vrsta terapije? _____

Dijabetes? ☐ ☐ Inzulin ☐ Zadnja doza? _____

FDG-PET? ☐ ☐ Ako da - kada, gdje? _____

Upućen od liječnika : _____ Kontakt tel.: _____

Datum: _____