

ПОЛИКЛИНИКА МЕДИКОЛ МОСТАР

РЕТ СТ

МОСТАР
Бијели бријег б.б.
тел. +387 36 39 7007
+387 36 39 7097
info@medikol.ba
www.medikol.ba



ЗАХТЈЕВ ЗА РЕТ/СТ ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТУПАК

ОВ-02/0

Име и презиме: _____ Датум рођења: _____

Адреса: _____ Тел: _____

Висина _____ цм /тежина _____ kg МБО: _____

УПУТНА ДИЈАГНОЗА:

„Претрага се тражи ради:“ ☐ ДИЈАГНОЗЕ ☐ „ОДРЕЂИВАЊА СТЕПЕНА
РАСПРОСТРАЊЕНОСТИ
БОЛЕСТИ – ‘СТЕЈЦИНГ’“ ☐ „РЕ-СТЕЈЦИНГ-а“ ☐ „ПРАЋЕЊА
УСПЈЕШНОСТИ ТЕРАПИЈЕ“

Клиничко питање (шта се очекује од резултата дијагностичке претраге)? _____

Када је урађен посљедњи
ЦТ?

Да ли је пацијент већ примао и.в. контрастна средства: ☐

ДА НЕ

Оперативни Захвати?

☐ ☐

Какав захват?

Сprovedена радиотерапија?

☐ ☐

Које подручје?

Сprovedена хемотерапија?

☐ ☐

Који третман?

Примјењена остала терапија?

☐ ☐

Која врста терапије?

Дијабетес?

☐ ☐

Инзуин

☐

Задња доза?

FDG-РЕТ?

☐ ☐

Ако јесте - када, гдје?

Упућено од љекара: _____ Контакт тел.: _____

Датум: _____