

Локација: _____

Име и презиме: _____ Пол **М** **Ж**

Датум и мјесто рођења: _____ МБО: _____

Адреса: _____ Тел: _____

УПУТНА ДИЈАГНОЗА: _____

Упућује се на: ☐ ПЕТ/СТ ☐ WB ☐ ПЕТ/СТ с дијагностичким СТ-ом

Датум и вријеме претраге: _____ ID _____ APL _____

Инконтиненција урина	НЕ	ДА	Стома	НЕ	ДА	_____
Уринарни катетер	НЕ	ДА	Недавне повреде	НЕ	ДА	_____
Пејсмејкер	НЕ	ДА	Упала зглобова	НЕ	ДА	_____
Затајење бубрега	НЕ	ДА	Вјештачки зглоб, имплантат	НЕ	ДА	_____
Болести штитњаче	НЕ	ДА	Астма	НЕ	ДА	_____
Шећерна болест	НЕ	ДА	ЛИЈЕКОВИ:	_____		
Болести срца	НЕ	ДА		_____		
Алергије на јод	НЕ	ДА		_____		

Да ли сте до сада примали контраст код радиолошких прегледа и којих? _____
Наведите друге могуће алергије или потешкоће при претходним прегледима _____

* за жене у генеративној доби: датум посљедње менструације (ЗМ): _____

Колико ми је познато нисам трудна, а уједно схватам да у случају трудноће ова претрага може штетити мом нерођеном дјетету

Потпис: _____

Висина/тјелесна тежина: _____ цм/ _____ кг; Задњи оброк прије: _____; Креатинин: _____ $\mu\text{mol/L}$
(лукоза)GUK: _____ mmol/L; eGFR: _____ ml/min Датум: _____
Напомена: _____ Мјесто ињекције радиофармака: _____

Радиофармак	Навучена доза: _____	18F-FDG	☐
	Остатна доза: _____	18F-FCH	☐
	Ињицирана доза: _____	Вријеме ињекције:	_____

ПЕТ	Протокол снимања:: _____	контрола	☐
	„Uptake“: _____ мин	Број фрејмова / мин	_____
	Вријеме почетка снимања: _____	PRS	☐
	Вријеме завршетка снимања: _____	CD	☐
		EBW2	☐

СТ	lowdose СТ ☐	дијагностички СТ ☐
Контраст: на уста	☐	и.в. ☐ _____ mL
Протокол:	_____ mL/s	
Дебљина слоја::	_____	Електрични услови: _____ kV/ _____ mAs

	УПИТНИК И САГЛАСНОСТ ЗА PET/CT	OB-1/0
---	---------------------------------------	---------------

САГЛАСНОСТ за прихватање препорученог дијагностичког поступка

У складу са члановима 8. и 16. Закона о заштити права пацијената, упознат/а сам на мени разумљив начин са потребом за овом претрагом, могућим компликацијама и пратећим појавама, те сам разумио/ла прочитано и имао/ла могућност поставити питања љекару ради појашњења.

Изјављујем да својом слободном вољом, темељеном на потпуном информисању о препорученом дијагностичком поступку и својствима лијека (контраста/радиофармака), коју сам добио/ла у писаном облику, дајем сагласност за извођење PET/CT претраге што потврђујем власторучним потписом. Такође потврђујем да су горњи одговори истинити.

(Напомена: за пацијенте без свијести, с тежим менталним поремећајем, пословно неспособне или малолетне особе, потребно је навести име и презиме законског заступника или стараоца, који се тада потписује.)

(потпис пацијента/стараоца)

ИЗЈАВА О ОДБИЈАЊУ препорученог дијагностичког поступка

У складу са члановима 8. и 16. Закона о заштити права пацијената, упознат/а сам са потребом за овом претрагом, могућим компликацијама и пратећим појавама, те сам разумио/ла прочитано и имао/ла могућност поставити питања љекару ради појашњења.

Стога изјављујем да својом слободном вољом, темељеном на потпуном информисању о препорученом дијагностичком поступку и својствима лијека (контраста/радиофармака), коју сам добио/ла у писаном облику, дајем изјаву о одбијању PET/CT претраге, што потврђујем власторучним потписом. Такође потврђујем да су горњи одговори истинити.

(Напомена: за пацијенте без свијести, с тежим менталним поремећајем, пословно неспособне или малолетне особе, потребно је навести име и презиме законског заступника/стараоца, који се тада потписује.)

(потпис пацијента/стараоца)

Забилјешке љекара уз претрагу:

Обрада пацијента: _____ и.в. канила: _____ апликација: _____

Разговор обавио: _____

FDG припрема: _____ Снимање: _____ PET/CT упитник _____