

Általános kérdőív PET/CT vizsgálathoz

Beteg neve:	
Taj-szám:	
Születési idő:	
Lakcím:	
A vizsgálatot kérő orvos neve és elérhetősége:	
Testsúly (kg) :	Éhgyomri vércukorszint (a vizsgálat napján):
Testmagasság (cm) :	eGFR/ SeKreatinin: umol/L Fvs.: G/L

Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre olyan pontosan, amennyire csak lehetséges! Amennyiben bármelyik kérdésre igennel válaszolt, kérjük a megjegyzés rovatban tüntesse fel a részleteket! Ha a kérdőívvel kapcsolatban bármilyen kérdése merülne fel, forduljon bizalommal kollegáinkhoz!

	IGEN	NEM	Megjegyzés
Járt már korábban vizsgálaton intézményünkben?			
Volt-e már korábban PET/CT, PET/MR, CT vagy MR vizsgálata? Mely intézményben? Mikor? Fusion programba feltöltve?		IGEN	NEM
Csontritkulás vizsgálat történt-e? Mikor? Gyógyszert szed-e rá? Mióta?			
Problémásnak érzi-e azt, hogy a megközelítőleg 1 órán keresztül egy kényelmes helyen fekdjön?			
Problémásnak érzi-e azt, hogy mozdulatlanul fekdjön kb. 20-30 percig, amíg a vizsgálat tart?			
Problémásnak érzi-e azt, hogy segítség nélkül mozogjon, illetve fekdjön a vizsgálóágyra?			
Klausztrrofóbiás-e Ön?			
Volt-e Önnek műtété/kemoterápiás kezelése/sugárterápiás kezelése/mintavétele?			
Jelenleg van-e panasz? Ha igen, mióta áll fenn? (hasmenés, köhögés, fájdalom,láz)			
Esés, ütés érte-e a testét? Mikor?			
Van-e jelenleg bármilyen katéter/elvezetőcsöve/stomája/implantátum?			

Van-e kivehető fogprotézise, amely fémet tartalmaz?			
Van-e cukorbetegsége? Amennyiben igen, milyen kezelés alatt áll?			
Jódérzékeny-e Ön/tapasztalt-e korábban bármilyen mellékhatást jódos kontrasztanyag (CT) alkalmazása során?			
Van-e/volt-e bármilyen pajzsmirigybetegsége?			
Szed-e jelenleg bármilyen szteroid tartalmú gyógyszert/antibiotikumot?			
Egyéb szedett gyógyszerek, táplálék kiegészítők? Mióta?			
Epilepsziás Ön?			
Van-e/volt-e vizelettartási problémája?			
Aranyér van-e? Vérzik-e?			
COVID-19 elleni védőoltást kapott-e? Ha igen mikor és melyik karjába?			
Kizárólag hölgyek által kitöltendő:			
Van-e esély rá, hogy terhes?			
Mikor volt az utolsó menstruációja?			
Szoptat-e jelenleg?			

Vizsgálat ideje:

Ágypozíciók száma:

Vizsgálatot végezte:

Megjegyzés:

**Eloolvastam és megértettem a fenti kérdéseket, az általam adott válaszok a valóságnak megfelelnek.
A vizsgálatnak kontraindikációja nincs.**

Formanyomtatvány

beteg aláírása

Anamnézist összeállította.: Pásztor Tímea

A beteg a dóziskártyát átvette:

adatokat felvette

beteg aláírása

Hozzá tartozó:
Elérhetősége :