



ZAKŁAD MEDYCZYNY NUKLEARNEJ
41 – 300 Dąbrowa Górnicza, ul. Szpitalna 13,
tel. 32 621 22 28
NIP 629-21-15-781, Reg. 000310077,
Kod resortowy:000000013451/03/095

ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM PET-TK

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
PESEL

W trosce o Państwa bezpieczeństwo uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź, stawiając krzyżyk w odpowiednim okienku. Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

1. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?

TAK NIE

Jeżeli TAK, to :

– Jakie jest leczenie:

♦ Insulina TAK NIE

♦ Tabletki doustne TAK NIE Jeżeli TAK, to jakie:.....

– Od kiedy:

– Ostatnie pomiary cukru:.....

Jeżeli NIE: Czy były ostatnio podwyższone poziomy cukru?

TAK NIE

2. Choroby nerek

TAK NIE

Jeżeli TAK, to jakie:

Jeżeli NIE: Czy jest nietrzymanie moczu?

TAK NIE

3. Choroby przewodu pokarmowego

TAK NIE

Jeżeli TAK, to jakie:

Czy występują biegunki lub zaparcia?

TAK NIE

Kiedy było ostatnie wypróżnienie?

4. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywane były:

– Biopsja TAK NIE Jeżeli TAK, to jakiej okolicy:

– Gastroskopia TAK NIE

– Kolonoskopia TAK NIE

– Chemioterapia TAK NIE

– Radioterapia TAK NIE

– Zabiegi TAK NIE

5. Poprzednie badania obrazowe:

– USG TAK NIE Jeżeli TAK, podać datę:

– Tomografia komputerowa TAK NIE Jeżeli TAK, podać datę:.....

– Rezonans magnetyczny TAK NIE Jeżeli TAK, podać datę:

– Scyntygrafia TAK NIE Jeżeli TAK, podać datę:

– PET-TK TAK NIE Jeżeli TAK, podać datę:



6. Jeżeli w przeszłości były wykonywane badania Tomografii Komputerowej, czy występowały jakieś problemy w czasie badania? TAK NIE

Jeżeli TAK, to jakie:

7. Czy w ciągu całego życia były operacje lub złamania? TAK NIE

Jeżeli TAK, to jakie:

8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni były infekcje lub urazy? TAK NIE

Jeżeli TAK, to jakie:

9. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni brał/a Pan/Pani antybiotyki? TAK NIE

Jeżeli TAK, to na kiedy zakończono:

10. Czy występują alergie? TAK NIE

Jeżeli TAK, to na co:

11. Czy ma Pan/Pani klaustrofobie? TAK NIE

12. Czy ma Pan/Pani implanty w organizmie TAK NIE

(ciała obce – metalowe wypełnienie zębów, klipsy chirurgiczne, endoprotezy, stymulator serca, inne.....)

13. Przyjmowane leki:

14. Aktualne dolegliwości:

15. DOTYCZY TYLKO KOBIET:

– Czy jest Pani w ciąży lub ją podejrzewa? TAK NIE

– Czy aktualnie karmi Pani piersią? TAK NIE

– Proszę podać datę ostatniej miesiączki.....

.....
data

.....
podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE LEKARZA

Ankieta przed badaniem PET-TK została sprawdzona i przyjęta.

.....
data, podpis i pieczęć lekarza