



A/S Latvijas Jūras medicīnas centrs
Reģ. Nr. 40003306807
Patversmes iela 23, Rīga, LV-1005

NOSŪTĪJUMS PET/CT IZMEKLĒJUMAM

Pacienta vārds, uzvārds:	_____
Personas kods:	_____ - _____
Adrese:	_____
Tel. nr.:	_____
e-pasts:	_____

L. cien. kolēģe / A. god. kolēģi, lūdzam nosūtīt aizpildītu anketu elektroniski vai pa e-pastu, vēlams nedēļu pirms plānotā izmeklējuma. Lūdzu nododiet pacientam PET/CT izmeklējumam nepieciešamos iepriekšējo izmeklējumu rezultātus (radioloģisko izmeklējumu attēlus datu nesējos) - CT, MR, US, kaulu scintigrāfijas, laboratoros, histoloģiskos un citus aktuālos datus!

Vēlamais izmeklējuma datums _____
Ķermeņa svars _____ kg
Grūtniecība jā nē
Klaustrofobija jā nē
CT kontrastvielas alerģija jā nē
Kustību traucējumi jā nē
Spēj nogulēt uz muguras nekustīgi 30-60 minūtes jā nē

Pilna diagnoze (precizējot pielietoto terapiju veidus, laikus): _____

Nosūtījuma mērķis, interesējošais jautājums:

Stadijas noteikšana <input type="checkbox"/>	Reziduālo masu noteikšana <input type="checkbox"/>	Paaugstināti audzēju marķieri <input type="checkbox"/>
Recidīva izslēgšana <input type="checkbox"/>	Terapijas efekta izvērtēšana <input type="checkbox"/>	Paraneoplastiskais sindroms <input type="checkbox"/>
Novērošana dinamikā <input type="checkbox"/>	Metastāžu izslēgšana <input type="checkbox"/>	Nezināms primārais audzējs <input type="checkbox"/>

Citi jautājumi _____

Operācija (6 ned. laikā) jā nē Kad? Kāda veida? _____
Pēdējā ķīmijterapija jā nē Kad pabeigta? _____
Pēdējā staru terapija jā nē Kad pabeigta? _____
Iepriekšējā PET/CT jā nē Kad, Kur? _____
Iepriekšējā CT jā nē Kad, Kur? _____
Cukura diabēts jā nē Glikozes līmenis diabētiķiem _____ (datums)
Vairogdz. hiperfunkc. jā nē Aktuālais TSH līmenis _____ (datums)
Metformīns jā nē Aktuālais kreatinīna līmenis _____ (datums)
Pašlaik lietotie medikamenti: _____

Tuberkuloze <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Elpceļu iekaisuma slimības <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Sievietēm reproduktīvā vecumā
Sarkoidoze <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Zarnu iekaisuma slimības <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Pēdējās menses (datums) _____
Sinusīts <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Reimatoīdais poliartrīts <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Cikls regulārs <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē
HIV/AIDS <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Vīrusu hepatīti (VHB, VHC) <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē	Bērna zīdīšana <input type="checkbox"/> jā <input type="checkbox"/> nē

Būtiskākais pacienta/-es sagatavošanā!

Vismaz 6h pirms izmeklējuma neēst un vismaz 24h atturēties no fiziskām aktivitātēm. Atļauts lietot ūdeni, minerālūdeni un nesaldinātu tēju. Pacientiem ar cukura diabētu skatīt „Cukura diabēta pacientu sagatavošana PET/CT izmeklējumam“.

Ārsta nosūtītāja vārds, uzvārds: _____

Ārstniecības iestāde, adrese: _____

Tel. nr.: _____ e-pasts: _____

Izmeklējuma dienā pacientam/-ei jāierodas A/S LJMC reģistratūrā, Rīgā, Patversmes ielā 23 ar reģistratori iepriekš saskaņotā laikā.

Lūdzu norādīt, uz kuriem nosūtīt atbildi: _____

Tel. nr.:

e-pasts: