



Poliklinika **Medikol**

PET/CT CENTAR Zagreb • Split • Rijeka

POLIKLINIČKI ODJEL ZA RADIOLOGIJU I NUKLEARNU MEDICINU

ZAGREB, Vinogradska c. 29

tel. +385 1 6396 444

fax +385 1 6396 440

pet-ct@medikol.hr

SPLIT, Šoltanska 1

tel. +385 21 685 999

fax +385 21 685 990

pet-ct.st@medikol.hr

RIJEKA, Krešimirova 42

tel. +385 51 688 030

fax +385 51 688 039

pet-ct.ri@medikol.hr

OBRAZAC A - ZAHTJEV ZA PET/CT DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK

Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

Adresa: _____ Tel: _____

Područni ured:

--	--	--

Broj osigurane osobe / MB osobe

--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Spol

<input checked="" type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> Ž
---------------------------------------	---------------------------------------

Težina

Visina

UPUTNA DIJAGNOZA:

Upućuje se na:

PET/CT

PET/CT s dijagnostičkim CT-om

Pretraga se traži radi: DIJAGNOZE STUPNJA PROŠIRENOSTI BOLESTI - „STAGING“ „RE-STAGING-a“ PRAĆENJA UČINKA LIJEČENJA

Klinički upit (što se očekuje od rezultata dijagnostičke pretrage)? _____

Kada je učinjen zadnji CT? _____ Da li je bolesnik već primao i.v. kontrastna sredstva : DA NE

DA NE

Operativni zahvati?

Ako da, kada? _____

Kakav zahvat? _____

Provedena radioterapija?

Ako da, kada? _____

Koje područje? _____

Provedena kemoterapija?

Ako da, kada? _____

Koji tretman? _____

Primjenjena ostala terapija?

Ako da, kada? _____

Koja vrsta terapije? _____

Dijabetes?

Inzulini DA NE

Zadnja doza? _____

Da li je bolesnik već radio
FDG-PET?

Ako da - kada, gdje? _____

Upućen od liječnika : _____ Kontakt tel.: _____

DATUM: _____