

PODACI O PACIJENTU

Ime i prezime: _____ Pacijent: **Pokretan** **Nepokretan**
Adresa: _____ Vrsta osiguranja: **Osiguran** **Neosiguran**
Tel/mob: _____
Datum rođenja: _____

KLINIK I INDIKACIJE

ISTORIJA BOLESTI

Dijagnoza: _____ Da li je pacijent imao operativni zahvat u zadnjih 6 mjeseci

Kliničko pitanje: _____ Da li je sprovedena: **Hemoterapija** **Radioterapija**
Tip: _____

PET/CT pregled: **Prvi** **Kontrolni** Dužina ciklusa: _____

Datum posljednjeg CT pregleda _____ Datum zadnjeg tretmana: _____

Datum posljednjeg MRI pregleda _____ Datum slijedećeg tretmana: _____

MOLIMO VAS DA SA OVIM FORMULAROM POŠALJETE KOPIJU ZADNJEG CT-a ILI MRI-a NALAZA

RELEVANTNI PODACI

Da li je pacijentkinja trudna? **DA** **NE** Da li je pacijent sa visokim rizikom od infekcije? **DA** **NE**

Da li je pacijentkinja dojilja? **DA** **NE** Ako je odgovor da, navesti koji: _____

Da li je pacijent klaustrofobijan? **DA** **NE** Da li pacijent ima neku alergiju? **DA** **NE**

Da li je pacijent uključen u neku studiju? Ako je odgovor da, navesti koje: _____

Ako je odgovor da, navesti koju: _____ Da li pacijent boluje od dijabetesa? **DA** **NE**

Tjelesna težina: _____ Da li je dijabetes kontrolisan: **Dijetom** **Insulinom** **Tabletama**

Ljekar koji upućuje pacijenta na pretragu: _____

Kontakt telefon: _____

Datum: _____

Da bi smo donijeli odluku, molimo Vas da odgovorite na sva pitanja.