



Poliklinika Medikol

PET/CT CENTAR Zagreb • Split • Rijeka • Osijek
POLIKLINIČKI ODJEL ZA NUKLEARNU MEDICINU - POLIKLINIČKI ODJEL ZA RADIOLOGIJU

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

OSIJEK

J. J. Strossmayera 141
tel. +385 31 638 444
fax +385 31 638 400
pet-ct.os@medikol.hr

OBRAZAC A - ZAHTJEV ZA PET/CT DIJAGNOSTIČKI POSTUPAK

OB-21

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

Operativni zahvati?

Kakav zahvat? _____

Provedena radioterapija?

Koje područje? _____

Provedena kemoterapija?

Koji tretman? _____

Primjenjena ostala terapija?

Koja vrsta terapije? _____

Dijabetes?

Inzulin

Zadnja doza? _____

FDG-PET?

Ako da - kada, gdje? _____

Upućen od liječnika : _____ Kontakt tel.: _____

DATUM: _____