



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-21/2**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**UPUTNA DIJAGNOZA:**

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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kakav zahvat?
Provedena radioterapija?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Koje područje?
Provedena kemoterapija?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Koji tretman?
Primjenjena ostala terapija?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Koja vrsta terapije?
Dijabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inzulin <input type="checkbox"/> Zadnja doza? _____
FDG-PET?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ako da - kada, gdje?

Upućen od liječnika : \_\_\_\_\_

Kontakt tel: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_