



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-21/3

Ime i prezime: _____ Datum rođenja: _____

Adresa: _____ Tel: _____

Visina _____ cm/težina _____ kg MBO: _____

UPUTNA DIJAGNOZA:

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

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: _____