



Poliklinika Medikol

## UPITNIK I SUGLASNOST ZA PET/CT

OB-23/4

Lokacija: \_\_\_\_\_

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Spol M Ž

Datum i mjesto rođenja \_\_\_\_\_ MBO \_\_\_\_\_

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

UPUTNA DIJAGNOZA: \_\_\_\_\_

Upućuje se na:  PET/CT  WB  PET/CT s dijagnostičkim CT-om

Datum i vrijeme pretrage: \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_ APL \_\_\_\_\_

Inkontinencija urina	NE	DA	Stoma	NE	DA	_____
Urinarni kateter	NE	DA	Nedavne povrede	NE	DA	_____
Pacemaker	NE	DA	Upala zglobova	NE	DA	_____
Zatajenje bubrega	NE	DA	Umjetni zglob, implantat	NE	DA	_____
Bolesti štitnjače	NE	DA	Astma	NE	DA	_____
Šećerna bolest	NE	DA	LIJEKOVI:	_____		
Bolesti srca	NE	DA		_____		
Alergije na jod	NE	DA		_____		

Jeste li dosad primali kontrast kod radioloških pretraga i kojih? \_\_\_\_\_

Navedite druge moguće alergije ili poteškoće pri prethodnim pretragama \_\_\_\_\_

\*za žene u generativnoj dobi datum ZM: \_\_\_\_\_

Koliko mi je poznato nisam trudna, a ujedno shvaćam da u slučaju trudnoće ova pretraga može štetiti mojem nerođenom djetetu. Potpis: \_\_\_\_\_

Visina/tj.težina: \_\_\_\_\_ cm/ \_\_\_\_\_ kg; Zadnji obrok prije: \_\_\_\_\_; Kreatinin: \_\_\_\_\_  $\mu$ mol/L

GUK: \_\_\_\_\_ mmol/L; eGFR: \_\_\_\_\_ ml/min

Napomena: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Radiofarmak Navučena doza: \_\_\_\_\_ 18F-FDG  Mjesto injiciranja radiofarmaka: \_\_\_\_\_Ostatna doza: \_\_\_\_\_ 18F-FCH 

Injicirana doza: \_\_\_\_\_ Vrijeme injiciranja: \_\_\_\_\_

PET Protokol snimanja: \_\_\_\_\_ kontrola „Uptake“: \_\_\_\_\_ min Broj frameova / min: \_\_\_\_\_ PRS Vrijeme početka snimanja: \_\_\_\_\_ CD Vrijeme završetka snimanja: \_\_\_\_\_ EBW2 CT low dose CT  dijagnostički CT Kontrast: per os  I.V.  \_\_\_\_\_ mL Protok: \_\_\_\_\_ mL/s

Debljina sloja: \_\_\_\_\_ Električni uvjeti: \_\_\_\_\_ kV/ \_\_\_\_\_ mAs

**SUGLASNOST za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog postupka**

U skladu s člancima 8. i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata, upoznat/a sam na meni razumljiv način s potrebom za ovu pretragu, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te sam razumio/la pročitano i mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

**Stoga izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom postupku i svojstvima lijeka (kontrasta/radiofarmaka), koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem suglasnost za prihvaćanje PET/CT pretrage što potvrđujem vlastoručnim potpisom.**

**Potpisom na ovoj suglasnosti ujedno potvrđujem i da su gore navedeni odgovori istiniti.**

\*(Napomena: za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta potrebno je navesti i ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, koji se potom potpisuje)

---

(potpis pacijenta/skrbnika)

**IZJAVA O ODBIJANJU preporučenog dijagnostičkog postupka**

U skladu s člancima 8. i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata, upoznat/a sam na meni razumljiv način s potrebom za ovu pretragu, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te sam razumio/la pročitano i mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća.

**Stoga izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom postupku i svojstvima lijeka (kontrasta/radiofarmaka), koju sam dobio/la u pisanom obliku, dajem izjavu o odbijanju PET/CT pretrage što potvrđujem vlastoručnim potpisom.**

**Potpisom na ovoj suglasnosti ujedno potvrđujem i da su gore navedeni odgovori istiniti.**

\*(Napomena: za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta potrebno je navesti i ime i prezime zakonskog skrbnika, odnosno skrbnika, koji se potom potpisuje).

---

(potpis pacijenta/skrbnika)

---

**Liječničke zabilješke uz pretragu:**

Obrada pacijenta: \_\_\_\_\_ i.v. kanila: \_\_\_\_\_ aplikacija: \_\_\_\_\_

Razgovor obavio: \_\_\_\_\_

FDG priprema: \_\_\_\_\_ Snimanje: \_\_\_\_\_ PET/CT upitnik: \_\_\_\_\_