



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; _____ cm/ _____ kg; Zadnji obrok prije: _____; Kreatinin: _____ μ mol/L

GUK: _____ mmol/L; eGFR: _____ ml/min Datum: _____

Napomena: _____ Mjesto injiciranja radiofarmaka: _____

Radiofarmak Navučena doza: _____ 18F-FDG 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 lowdose 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: _____