

DOTAZNÍK PRO PACIENTY PŘED VYŠETŘENÍM PET/CT

Jméno a příjmení:		Rodné číslo:	
--------------------------	--	---------------------	--

Máte alergii na jód nebo jódovou kontrastní látku? (kožní projevy, dušnost, pocit na zvracení...) Uveďte jakou:	ANO	NE
Máte jinou alergii? Uveďte jakou:	ANO	NE
Máte astma bronchiale?	ANO	NE
Máte cukrovku? Jaké léky užíváte: Pícháte si inzulin:	ANO	NE
Máte závažnější onemocnění jater, štítné žlázy, ledvin, srdce, jiné? Uveďte jaké:	ANO	NE
Užíváte steroidy (hormony nadledvin), antirevmatika? Uveďte jaká:	ANO	NE
Ženy – jste těhotná nebo kojíte?	ANO	NE
Máte strach z uzavřených prostor?	ANO	NE
Dodržel/a jste přípravu na vyšetření (min. 6 hodin nejíst, dostatečně pít neslazené nápoje)?	ANO	NE
Absolvoval/a jste chemoterapii? Uveďte kdy byla podána poslední dávka:	ANO	NE
Absolvoval/a jste ozařování? Uveďte kdy bylo poslední:	ANO	NE
Podstoupil/a jste v posledních 5ti letech operaci? Uveďte jakou:	ANO	NE
Máte v těle protézu, implantát, defibrilátor, kardiostimulátor, náhradu srdeční chlopně, endoprotézu, protézu, infúzní pumpu, nitroděložní tělísko, piercing, cévní výstuž - stent, transplantát, svorky, jiné kovové předměty? Uveďte jakou:	ANO	NE

Pokud nerozumíte uvedenému, nebo máte dotazy, obraťte se na personál oddělení.
Pokud nebudete mít místo v řádcích, můžete psát i na druhou stranu.

Datum:		Podpis pacienta:	
---------------	--	-------------------------	--