

Anamnestický dotazník před vyšetřením PET/CT

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo:

Označte správnou odpověď:

Jste lačný/á (alespoň 6 hodin bez jídla)?	ANO	NE
Byl/a jste někdy na vyšetření PET/CT?	ANO	NE
Byl/a jste někdy na CT vyšetření?	ANO	NE
Měl/a jste někdy alergickou reakci na podání kontrastní jodové látky?	ANO	NE
Máte alergii na jód?	ANO	NE
Máte alergii na nějaké léky nebo kožní dezinfekce?	ANO	NE
Máte jinou alergii (např. na potraviny, pyly, bodnutí hmyzem,...)?	ANO	NE
Máte asthma bronchiale?	ANO	NE
Máte diabetes mellitus (cukrovku)?	ANO	NE
Máte mnohočetný myelom nebo jinou krevní chorobu?	ANO	NE
Máte závažné onemocnění ledvin se snížením jejich funkce?	ANO	NE
Máte závažné chronické onemocnění jater?	ANO	NE
Máte hypertyreózu (zvýšenou funkci štítné žlázy)?	ANO	NE
Podstoupil/a jste operaci?	ANO	NE
Kdy a jakou?		
Postoupil/a jste chemoterapii?	ANO	NE
Kdy byla ukončena?		
Postoupil/a jste radioterapii (ozáření)?	ANO	NE
Kdy bylo ukončeno?		
U žen: Jste těhotná nebo máte na těhotenství podezření?	ANO	NE
U žen: Kojíte?	ANO	NE
Máte klaustrofobii (strach z uzavřených prostor)?	ANO	NE
Máte stomii (střevní vývod na povrch těla)?	ANO	NE
Máte kašel?	ANO	NE
Trpíte močovou inkontinencí (únikem moči)?	ANO	NE
Trpíte na zácpu nebo průjem?	ANO	NE
Užíváte léky na ředění krve?	ANO	NE

Pokud jste něčemu nerozuměl/a nebo máte doplňující otázky, obraťte se, prosím, na lékaře nebo sestru PET/CT.

Svým podpisem potvrzuji, že veškeré informace v dotazníku jsou pravdivé.

Datum: Podpis pacienta:

Jméno a příjmení (identifikace) a podpis pracovníka PET/CT