

ANKIETA KWALIFIKUJĄCA PACJENTA PRZED BADANIEM POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ (PET)

Podane informacje w ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne, a dokumentacja zdjęciowa może być wykorzystana do celów naukowych jedynie po anonimizacji.

Wykorzystana do celów naukowych, jedynie po anonimizacji.													
Data badania:	Pesel <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Nazwisko:													
Imię:													
Telefon kontaktowy:													

INFORMACJE DLA PACJENTA

Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – technika obrazowania na które składa się rejestracja promieniowania powstającego podczas anihilacji pozytonów (anty-elektronów) oraz niskodawkowej tomografii komputerowej. Obrazy powstające w ich wyniku nakładają się – jest to tzw. fuzja obrazów – będąca właściwym badaniem PET/CT. Źródłem pozytonów jest podana pacjentowi substancja promieniotwórcza, ulegająca rozpadowi beta plus. Substancja ta zawiera izotopy promieniotwórcze o krótkim czasie połowicznego rozpadu, dzięki czemu większość promieniowania powstaje w trakcie badania, co ogranicza powstawanie uszkodzeń tkanek wywołanych promieniowaniem.

PET nie jest techniką inwazyjną, jednak jej użycie wystawia pacjenta na pewną dawkę promieniowania jonizującego. Dawka ta jest na poziomie akceptowalnym dla technik diagnostycznych i przez ponad 50 lat stosowania metody nie stwierdzono żadnych efektów ubocznych jej stosowania. Kobiety w ciąży lub karmiące piersią powinny poinformować o swoim stanie lekarza oraz personel obsługujący aparat. Emisja tomograficzna pozytonowa pozwala ocenić funkcje organów i tkanek.

PYTANIA	TAK	NIE
Czy choruje Pani/ Pan na cukrzycę?		
Jeśli tak, czy przyjmuje Pani/ Pan insulinę? ☐ tak ☐ nie		
Czy istnieje prawdopodobieństwo, że jest Pani w ciąży?		
Czy miesiączkuje Pani? (jeżeli tak, data ostatniej miesiączki:)		
Czy miał Pan/i złamania kości? (jeżeli tak, których kości oraz kiedy:)		
Czy ma Pani/ Pan wszczone protezy, cewniki, stymulatory serca? (jeżeli tak, podać jakie:)		
Czy miał Pan/i jakieg zabieg operacyjny w ciągu ostatnich 6 miesięcy? (jeżeli tak, jakie, gdzie i kiedy:)		
Czy choruje Pani/ Pan na choroby nerek? (jeżeli tak, jakie to choroby i od kiedy:		
Choroby tarczycy? (jeżeli tak, jakie to choroby i od kiedy:		
Choroby przewodu pokarmowego? (jeżeli tak, jakie to choroby i od kiedy:		
Choroby reumatyczne, zwyrodnieniowe lub inne choroby stawów? (jeżeli tak, jakie to choroby i od kiedy:		
Alergie? (jeżeli tak, na jakie substancje:		
Czy jest Pani/ Pan uczulona(y) na jakiegokolwiek leki? (jeżeli tak, na jakie:		
Czy przyjmuje Pani/ Pan obecnie jakieg leki? (jeżeli tak, jakie, z jakiego powodu i od kiedy:		
O której godzinie spożył(a) Pan/i ostatni posiłek?		
Palenie tytoniu (proszę wybrać odpowiednie zdanie oraz wpisać wymagane dane:		
☐ nie palę i nigdy nie paliłam/-em nałogowo,		
☐ obecnie nie palę, ale paliłam/-em w przeszłości. Jak długo: lat. Ile paczek dziennie:		
☐ palę, jak długo: lat. Ile paczek dziennie:		
☐ inne:		
Czy jest Pani/ Pan nosicielem wirusa, jeżeli tak, proszę zaznaczyć odpowiednio:		
☐ HCV ☐ HBS ☐ HIV		
Aktualne dolegliwości:		
(data i czytelnv podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego)	(data, pieczętka i podpis Lekarza)	