ANKIETA KWALIFIKUJĄCA PACJENTA PRZED BADANIEM SCYNTYGRAFICZNYM KOŚĆA

Podane informacje w ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne

Data badania:	
Nazwisko:	Pesel
Imię:	
Telefon kontaktowy:	

INFORMACJE DLA PACJENTA

Scyntygrafia – technika obrazowania, w której rejestruje się promieniowanie jonizujące typu gamma emitowane przez izotop ^{99m}TC. Izotop ^{99m}TC charakteryzuje się krótkim okresem półrozpadu, wynoszącym około 6 godz.

Scyntygrafia 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.

1. Czy wykonywano już u Pana/Pani badanie scyntygraficzne kośćca? ☐ NIE ☐TAK

   Kiedy? ……

   Gdzie? ……

   (w przypadku, gdy badanie wykonywane było poza WWCOiT im. Kopernika, proszę o dostarczenie wyniku do rejestracji PET)

2. Czy występują u Pana/Pani bóle kostno-stawowe? ☐ NIE ☐TAK

   Których kości i stawów?.....

   Od kiedy?.....

3. Czy z ich powodu zażywa Pan/Pani środki przeciwbólowe? ☐ NIE ☐TAK

   Jakie? …….....

   Jak często?.....

4. Czy stwierdzono u Pana/Pani chorobę nowotworową? ☐ NIE ☐TAK

   Jaką? ……..…...

   Kiedy?.....

5. Czy przechodził(a) Pan/Pani radioterapię? ☐ NIE ☐TAK

   Kiedy? …….

   Na jaką okolicę?.....

6. Czy choruje Pan/Pani na choroby układu kostno-stawowego? ☐ NIE ☐TAK

   Jakie (zwyrodnienia stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, inne choroby reumatologiczne, osteoporoza, inne)? ……

7. Czy przechodził/a Pan/Pani złamania kości lub inne urazy kostno-stawowe ? ☐ NIE ☐TAK

   Jakie (zwichnięcia, skręcenia), których kości/stawów?.....

   Kiedy?.....

8. Czy urazy te były zaopatrzone operacyjnie? (stabilizacja złamań) ☐ NIE ☐TAK

   Kiedy?.....

9. Czy były u Pana/Pani wykonywane operacje układu kostnego lub inne, w trakcie których została naruszona ciągłość kości (przecięcie żeber, przecięcie mostka, inne)?) ☐ NIE ☐TAK

   Jakie? …….

   Kiedy? .....

10. Czy w ostatnim czasie (6 miesięcy) doznał (a) Pan/Pani upadków /potłuczeń? ☐ NIE ☐TAK

Której okolicy ciała? ……...

Kiedy? .....

11. Czy były wykonywane u Pana/Pani inne badania obrazowe kości? (zdjęcia rentgenowskie, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) ☐ NIE ☐TAK

Jakie?.....

Kiedy?.....

(w przypadku, gdy badania były wykonywane poza WWCOiT im. Kopernika, proszę o dostarczenie wyników do rejestracji PET)

…… ……

(data i czytelny podpis pacjenta) *(data i czytelny podpis lekarza kwalifikującego do badania)*