

# NOSŪTĪJUMS PET/CT IZMEKLĒJUMAM

## Cien. kolēģi!

Lūdzam papildus jūsu pacienta nosūtījumam uz PET/CT izmeklējumu aizpildīt šo anketu. Tas palīdzēs veikt pēc iespējas mērķtiecīgāku un precīzāku PET/CT izmeklējumu un sagatavot slēdzieni. Lūdzam izsniegt pacientam PET/CT izmeklējumam nepieciešamos iepriekšējo izmeklējumu rezultātus: radioloģisko izmeklējumu – CT/MR/US/scintigrāfijas aprakstus, ja iespējams, arī attēlus, laboratoro, histoloģisko izmeklējumu rezultātus u.c. svarīgus datus.

Pacienta vārds, uzvārds: .....

Personas kods: .....

Adrese: .....

e-pasts: .....

Tel. nr.: + .....

Vēlamais izmeklējuma datums ..... / ..... / .....

**Pilna diagnoze** .....

**Blakus diagnozes** .....

Klaustrofobija  Tuberkuloze  Sarkoidoze  Reimatoīdais poliartrīts  HIV/AIDS

## Pacienta dati

Ķermeņa svars ..... kg Kreatinīna līmenis (pēdējo 2 nedēļu laikā) ..... Mmol/l Datums ..... / ..... / .....

Grūtniecība  CT kontrastvielas alerģija

**Cukura diabēts**  Glikozes līmenis ..... mmol/l Datums ..... / ..... / ..... Metformīna terapija

Kustību traucējumi  Spēj nogulēt uz muguras nekustīgi 30-60 minūtes

Vairogdziedzera hiperfunkcija  TSH līmenis mU/ l..... Datums ..... / ..... / .....

## Izmeklējuma indikācijas/nosūtījuma mērķis

Stadijas noteikšana  Residuālo masu noteikšana  Paaugstināti tumoru marķieri  Recidīva izslēgšana   
Terapijas efekta izvērtēšana  Paraneoplastiskais sindroms  Apstiprināt remisiju pēc pabeigtas terapijas  Noteikt izplatību pēc terapijas   
Metastāžu izslēgšana  Nezināms primārais audzējs

## Anamnēze

Operācija (6 ned. laikā)  Datums ..... / ..... / ..... Kāda veida? .....

Pēdējā ķīmijterapija (3 ned.)  Pabeigta ..... / ..... / .....  
Pēdējā staru terapija (3 mēn.)  Pabeigta ..... / ..... / .....  
Iepriekšējā PET/CT  Datums ..... / ..... / ..... Kur? .....

Iepriekšējā CT  Datums ..... / ..... / ..... Kur? .....

Pašlaik lietotie medikamenti .....

## Sievietēm reproduktīvajā vecumā

Pēdējās mēnešreizes ..... / ..... / ..... Cikls regulārs  Bērna zīdīšana

## Vīriešiem prostatas vēža gadījumā

PSA līmenis ..... ng/ml Datums ..... / ..... / .....

Ārsta nosūtītāja vārds, uzvārds: .....

Ārstniecības iestāde: .....

Adrese: .....

Tālr.: .....

Lūdzu norādīt,  e-pasts:  
uz kuriem nosūtīt atbildi:  Izmeklējuma datus vēlos saņemt **datamed.lv** sistēmā

ĀRSTA NOSŪTĪTĀJA PARAKSTS UN ATŠIFRĒJUMS:

ARS kontaktinformācija: .....

## Būtiskākais pacienta sagatavošanā

- / Vismaz 6 st. pirms izmeklējuma atturēties no ēdiena, konfektiem, košļājamām gumijām un vitamīniem. Dzeramā ūdens (bez piedevām) lietošana nav ierobežota.
- / Vismaz 24 st. atturēties no fiziskām aktivitātēm.
- / Cukura diabēta pacientam nepieciešama īpaša sagatavošanās izmeklējumam. Vairāk informācijas: [ars-med.lv](http://ars-med.lv)
- / Zāles, kas NAV domātas diabēta ārstēšanai, var tikt lietotas ierastajā laikā.
- / Uz izmeklējumu ierasties siltās, ērtās drēbes bez metāla komponentiem.
- / Izmeklējuma dienā jāierodas medicīnas sabiedrības ARS Diagnostikas klīnikas reģistratūrā (J. Asara ielā 3), ar klīnikas administratori iepriekš saskaņotajā laikā.