

Анкета для пацієнтів перед ПЕТ/КТ дослідженням	
Прізвище, ім'я та по-батькові:	
Вага (кг):	Зріст (см):
Вік:	Стать:
Основний діагноз:	
Завдання або клінічна мета ПЕТ/КТ дослідження:	
Чи проводили Вам раніше ПЕТ/КТ дослідження:	
Чи проводили Вам раніше інші радіологічні дослідження (КТ, МРТ, рентгенографія, УЗД...) пов'язані з основним захворюванням:	
Якщо так, чи доступні дані цих досліджень (диски, DICOM) для порівняння:	
Чи були у Вас раніше алергічні реакції на контрастні засоби для КТ (комп'ютерної томографії, йодовмісні контрастні речовини):	
Якщо так, то які:	
Чи турбує Вас біль, який заважає лежати нерухомо на спині:	
Чи страждаєте Ви клаустрофобією (страх замкненого простору):	
Чи страждаєте Ви цукровим діабетом:	
Якщо так, то чи приймаєте Ви засоби для зниження рівню цукру у крові та які:	
Який останній відомий рівень цукру у крові та коли він був визначений:	
Чи проводилась Вам хіміотерапія чи інше системне спеціальне онкологічне лікування (гормонотерапія, таргетна терапія, імунотерапія...):	
Якщо так, то яка, та коли вона була завершена:	
Чи проводилась Вам променева терапія:	
Якщо так, то якої ділянки та коли була завершена:	

Чи приймаєте Ви зараз інші лікарські засоби:	
Якщо так, то які:	
Чи провадились Вам хірургічні втручання/операції, біопсії:	
Якщо так, то які та коли:	
Чи є вірогідність, що Ви можете бути вагітні на момент дослідження:	
Чи годуєте Ви немовля грудним молоком:	

Вкажіть контактний номер телефону або електронну поштову скриньку для зв'язку з Вами:

При можливості, вкажіть контакти Вашого лікуючого лікаря або лікаря, який скерував Вас на це обстеження:

Дата заповнення анкети:

Підпис: