

مكان الملصق



الاسم رباعي	
الجهة /	الطبيب المعالج /
النوع /	تاريخ الميلاد / / السن
عدد ساعات الصيام /	مريض سكر /
نسبة السكر بالدم /	الوزن /
الطول /	مكان الحقن /
الجرعة / mCi	وقت التحضير /
وقت الحقن /	CTD1vol
DLP.....	بالتصيفة /
وظائف الكلى /	التاريخ / / بدون صبغة /
بالنسبة للسيدات : هل يوجد حمل ؟	
فحص أول مره /	مقارنة / / كود الفحص السابق (تقرير /
اسطوانة /	التقارير والمرفقات الخاصة بالتاريخ المرضي :-
US	X-Ray
CT	Mamo
MRI	كلى Tc-DTPA
عظام Tc-MDP	عينات
منظار	عمليات
اخرى /	
توقيع المريض او المرافق (رقم التليفون /

Diagnosis: (Rt/Lt).....

Reason of study: (Follow up/ initial assessment / response of therapy/.....

Chemotherapy: Yes/No

Yes, Tablets or Infusion (.....)

Number of sessions:

Date of Date of last one:

Radiotherapy: Yes/No

Yes, anatomical site radiation

Number of sessions: Date of last one:.....

Hormonal Treatment: Yes/No

Yes, date of the last dose

Other