



Odział Kliniczny Kliniki Endokrynologii  
Ośrodek Medycyny Nuklearnej kod 13  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 17  
tel./fax.(012)4247512

## **Ankieta dla pacjentów poddanych badaniu PET/CT**

Prosimy o skrupulatne wypełnienie ankiety i zabranie jej ze sobą w dniu badania. Dokładne wypełnienie ankiety pomoże nam we właściwym przeprowadzeniu badania oraz postawieniu właściwego rozpoznania.

Na badanie prosimy wziąć ze sobą posiadaną dokumentację medyczną.

1. Czy leczy się Pan/Pani z powodu cukrzycy? TAK/NIE

Stosowane leki: .....

Wartości glikemii: przed i po posiłku ..... max .....min

2. Czy leczy się Pan/Pani z powodu choroby nerek?

Rozpoznanie choroby.....

Objawy związane z chorobą.....

Leczenie.....

3. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób tarczycy?

Rozpoznanie choroby.....

Objawy związane z chorobą.....

4. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób przewodu pokarmowego?

Rozpoznanie choroby.....

Objawy związane z chorobą.....

Leczenie.....

5. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób neurologicznych?

Rozpoznanie choroby.....

Objawy związane z chorobą.....

Leczenie.....



6. Czy leczy się Pan/Pani kardiologicznie?

Rozpoznanie choroby.....  
Objawy związane z chorobą.....  
Leczenie.....

7. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób płuc?

Rozpoznanie choroby.....  
Objawy związane z chorobą.....  
Leczenie.....

8. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób noso-gardła?

Rozpoznanie choroby.....  
Objawy związane z chorobą.....  
Leczenie.....

9. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób urologicznych? **dotyczy mężczyzn**

Rozpoznanie choroby.....  
Objawy związane z chorobą.....  
Leczenie.....

10. Czy leczy się Pan/Pani z powodu chorób narządu rodniego? **dotyczy kobiet**

Rozpoznanie choroby.....  
Objawy związane z chorobą.....  
Leczenie.....

11. Przebyte zabiegi operacyjne TAK/NIE

Rok ..... rodzaj zabiegu.....

12. Zabiegi operacyjne, urazy, procedury inwazyjne w ciągu ostatnich 4 tygodni: TAK/NIE

powikłania .....

13. Ciało obce: TAK/NIE .....

(wypełnienia zębów, klipsy chirurgiczne, endoprotezy, stymulator serca)

14. Choroby zapalne i reumatyczne: TAK/NIE .....

(przeziębienia, angina, choroby stawów)

15. Klaustrofobia: TAK/NIE

16. Alergia: TAK/NIE .....

(na co, uczulenia na środki kontrastowe)

17. Ciąża wykluczona: TAK/NIE

- data ostatniej miesiączki: .....

18. Wykonane badania mammograficzne/ usg piersi (**dotyczy kobiet**) **tak/nie**

19. Przyjmowane leki aktualnie (o ile nie były wymieniane wcześniej)

.....

20. Nikotynizm: TAK/NIE

21. Obecność zmian na skórze: TAK/NIE

Jakie? Znamiona, czyraki, tłuszczaki, brodawki

21. Aktualne dolegliwości: tak/nie .....

(np. obrzęki, duszność, bóle, inne)