

فرم درخواست اسکن پت سی تی (FDG)

This center is equipped with discovery 690 GE (General Electric), 64 slice CT with TF

نام و نام خانوادگی بیمار: ..... سن: ..... وزن: ..... قد: ..... تلفن بیمار: .....

شرح حال بیمار (لطفا توضیح دهید)

◀ سابقه دیابت:  بلی  خیر

کنترل قند بیمار با: ..... داروهای خوراکی  تزریق انسولین  سایر: .....

◀ سابقه عفونت اخیر:  بلی  خیر

تاریخ و محل عفونت: .....

◀ سابقه شکستگی اخیر:  بلی  خیر

تاریخ و محل شکستگی: .....

◀ سابقه جراحی اخیر:  بلی  خیر

تاریخ و محل جراحی: .....

◀ سابقه بیوپسی اخیر:  بلی  خیر

تاریخ و محل بیوپسی: .....

◀ رادیوتراپی:  بلی  خیر

منطقه آناتومیک: ..... تاریخ پایان: .....

◀ شیمی درمانی:  بلی  خیر

نام دارو: ..... تاریخ پایان: .....

◀ G-CSF  بلی  خیر

تاریخ آخرین دوز: .....

(۱) نوع اسکن درخواستی:  قاعده جمجمه تا وسط ران (اسکن استاندارد)  منطقه محدود: .....

تمام بدن (ملانوما)  مغز

(۲) عارضه اصلی:

بیماری هوچکین، نوع آن: .....

لنفوم غیر هوچکین، نوع آن: .....

ندول منفرد ریه (ندولهای کمتر از ۳ سانتی متر)

سرطانهایی سر و گردن  سرطان تیروئید  سرطان ریه، نوع آن: .....

سرطان دهانه رحم  سرطان پروستات  سرطان پستان  سرطان مری  کانسر کولورکتال  ملانوما

سایر موارد (لطفا ذکر کنید) .....

اندیکاسیون:

تشخیص  Staging قبل از درمان  Re-Staging  بررسی متاستاز  بررسی پاسخ به درمان  افتراق عود بیماری از عوارض درمان

سایر موارد (لطفا ذکر کنید) .....

توجه:

در "بررسی پاسخ به درمان"،

اسکن *baseline*

پیش از آغاز درمان، توصیه می‌شود.

آدرس ایمیل و شماره تلفن پزشک معالج: .....

مهر و امضای پزشک معالج: