|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fødselsnr.:** | (11 siffer) |  | **Hva ønskes undersøkt?** |
| **Etternavn:** |  |  |  |
| **Fornavn:** |  |  |  |
| **Adresse:** |  |  |  |
| **Diagnose:** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Høyde:** | cm |   | **Vekt:** |  kg |

**Ja Nei**

|  |
| --- |
|[ ] [ ]  Gravid? |
|[ ] [ ]  Ammer? |
|[ ] [ ]  Allergi/astma? |
|[ ] [ ]  Klaustrofobi? |
|[ ] [ ]  Diabetes? Hvis diabetes: |
|  |  | Insulin? | [ ]  Ja | [ ]  Nei | Metformin? | [ ]  Ja | [ ]  Nei | Annet blodsukkerregulerende middel? | [ ]  Ja | [ ]  Nei |

|  |
| --- |
| **Indikasjon for undersøkelsen, kliniske opplysninger** (skriv tydelig) |

 **Ja Nei**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|[ ] [ ]  Stråleterapi - siste 3 måneder?  | Hvis ja, dato: |  |  |
|[ ] [ ]  Kjemoterapi - siste 2 uker? | Hvis ja, dato: |  |  |
|[ ] [ ]  Operasjon - siste 3 måneder?  | Hvis ja, dato: |  |  |
|[ ] [ ]  Vekstfaktorterapi?  | Hvis ja, dato: |  |  |
|[ ] [ ]  Biopsi - siste uke? |
|  |  | Ved mistanke om infeksjon/inflammasjon, CRP-verdi:  |  |  |
|[ ] [ ]  Steroidbehandling - siste uke? |
|  |  |  |
|[ ] [ ]  Tidligere CT-skanning?  | Hvis ja, dato: |  | Hvor: |  |
|[ ] [ ]  Tidligere PET-skanning? | Hvis ja, dato: |  | Hvor: |  |
|[ ] [ ]  Tidligere MR-skanning? | Hvis ja, dato: |  | Hvor: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|[ ] [ ]  Har pasienten behov for tolk? | Hvis ja, språk: |  |
|[ ] [ ]  Kan pasienten ligge 30 minutter på rygg? |
| **Ønsket tidspunkt for undersøkelsen – hastegrad:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dato: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Henvisende lege/instans: |  | Telefon: |  |