|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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: |  |