

Sendes til:

Sykehuset Østfold
Avd. for bildediagnostikk
Postboks 300
1714 Grålum
Faks nukleærmedisin: 69 86 48 83

Henvisning til FDG PET/CT

Fødselsnr.: _____ (11 siffer)

Etternavn: _____

Fornavn: _____

Adresse: _____

Diagnose: _____

Hva ønskes undersøkt?

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: _____