



Τμήμα PET/CT

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία και η ερμηνεία της εξέτασης PET/CT στην οποία θα υποβληθείτε παρακαλείσθε να **συμπληρώσετε** όποια στοιχεία γνωρίζετε από το ιατρικό ιστορικό σας παρακάτω και να **προσκομίσετε** συμπληρωμένη την παρακάτω φόρμα την ημέρα της εξέτασής σας.

Όνομα εξεταζόμενου: _____

Λόγος που σας ζητήθηκε η εξέταση (αν γνωρίζετε): _____

Ημερ/νία και είδος **πιο πρόσφατου χειρουργείου**: _____

Ημερ/νία **πιο πρόσφατης βιοψίας**: _____ Όργανο/περιοχή του σώματος που έγινε η βιοψία: _____

Ημερ/νία **τελευταίου κύκλου χημειοθεραπείας** (εάν έχετε κάνει): _____
Είδος χημειοθεραπείας (εάν γνωρίζετε): _____

Ημερ/νία **τελευταίας συνεδρίας ακτινοθεραπείας** (εάν έχετε κάνει): _____
Περιοχή/όργανο στο οποίο έγινε η ακτινοθεραπεία: _____

Έχετε ξανακάνει εξέταση PET/CT; Ναι - Όχι Ημερ/νία: _____

Ημερομηνία **πιο πρόσφατης εξέτασης αξονικής τομογραφίας (CT)**

CT	Εγκεφάλου	Τραχήλου	Θώρακος	Άνω Κοιλίας	Κάτω κοιλίας
Ημερ/νία					

Ημερομηνία **πιο πρόσφατης εξέτασης μαγνητικής τομογραφίας (MRI)**:

MRI	Εγκεφάλου	Τραχήλου	Θώρακος	Άνω Κοιλίας	Κάτω κοιλίας
Ημερ/νία					



ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΕΙΔΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Σχόλια:
