

PSMA PET-CT Vizsgálatkérő Lap

Dokumentum száma: me-77-M-11-001

Hatályba lép: 2020.05.05.

Oldalszám:1/2

A beteg adatai:

Név:

Szül. idő és hely:

TAJ:

Anyja neve:

Lakcím:

.....

E-mail cím:.....

Telefonszám:

A beutaló:

Neve:

Pecsétszáma:

E-mail:

Telefonszám:

Beutaló intézet neve, címe, NEAK kódja:

.....

.....

.....

Testsúly.....kg Magasság:.....cm

- Indikáció:** STAGING magas rizikójú daganat miatt / RESTAGING BCR miatt /
 biopszia helyének meghatározására / áttétkimutatás nem metasztatikus CRPC betegekben /
 systemás kezelés hatásának monitorizálása / PSMA vezérelt radioterápia tervezéséhez /
 CRPC betegek bizonytalan eredményű képalkotó vizsgálatokkal

A prosztatatarák diagnózisa (dátum: ____ . ____ . ____.):

kezdeti PSA-szint:ng/ml

Gleason score: + =

Stádium (TNM):

Ismert áttétek helye:

Alkalmazott kezelések (időpont):

radikális prostatectomia: igen / nem (____ . ____ . ____.)

külső besugárzás: igen / nem (____ . ____ . ____.)

brachyterápia: igen / nem (____ . ____ . ____.)

radionuklid kezelés: igen / nem (____ . ____ . ____.)

kemoterápia: igen / nem (____ . ____ . ____ - ____ . ____ . ____ . között)

hormonterápia: igen / nem (____ . ____ . ____ - ____ . ____ . ____ . között) - folyamatban

egyéb kezelés, műtét (pl. TURP, HIFU stb.):

..... (____ . ____ . ____.)

..... (____ . ____ . ____.)

..... (____ . ____ . ____.)

Pozitron Diagnosztika Kft. 1117 Budapest, Hunyadi János u. 9 -11. Tel.:+36 1 505 8888 Fax:+36 1 505 8889 E-mail: info@pet.hu Web: www.pet.hu		Dokumentum típusa: melléklet (me)
PSMA PET-CT Vizsgálatkérő Lap		Dokumentum száma: me-77-M-11-001 Hatályba lép: 2020.05.05. Oldalszám:2/2

PSA-szint:

aktuális érték: ng/ml (dátum: _____.____.____.) megelőző érték 3: ng/ml (dátum: _____.____.____.)
 megelőző érték 1: ng/ml (dátum: _____.____.____.) megelőző érték 4: ng/ml (dátum: _____.____.____.)
 megelőző érték 2: ng/ml (dátum: _____.____.____.) PSA nadír: ng/ml (dátum: _____.____.____.)

Legutóbbi képalkotó vizsgálatok (időpont) eredménye:

csontszcintigráfia (____. ____ . ____.):

MR (____. ____ . ____.):

CT (____. ____ . ____.):

egyéb:

.....

Jelen panaszok, tünetek:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Egyéb ismert betegségek, trauma, jó- és rosszindulatú daganatok:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum:

.....

alíírás

p.h.