

**PODACI O PACIJENTU**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Tel/mob: \_\_\_\_\_

Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Pacijent:  Pokretan  Nepokretan

Vrsta osiguranja:  Osiguran  Neosiguran

**KLINIČKE INDIKACIJE**

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

Kliničko pitanje: \_\_\_\_\_

Da li je pacijent imao operativni zahvat u zadnjih 6 mjeseci \_\_\_\_\_

Da li je sprovedena:  Hemoterapija  Radioterapija

Tip: \_\_\_\_\_

Inicijalni PSA: \_\_\_\_\_

PET/CT pregled: Prvi Kontrolni

Gleason score: \_\_\_\_\_

Datum posljednjeg CT pregleda \_\_\_\_\_

Posljednja vrijednost PSA: \_\_\_\_\_

Datum posljednjeg MRI pregleda \_\_\_\_\_

MOLIMO VAS DA SA OVIM FORMULAROM POŠALJETE KOPIJU ZADNJEG CT-a ILI MRI-a NALAZA

**RELEVANTNI PODACI**

Da li je pacijent sa visokim rizikom od infekcije DA NE

Ako je odgovor da, navesti koji: \_\_\_\_\_

Da li je pacijent klaustrofobičan DA NE

Da li pacijent ima neku alergiju? DA NE

Da li je pacijent uključen u neku studiju: \_\_\_\_\_

Ako je odgovor da, navesti koju: \_\_\_\_\_

Tjelesna težina: \_\_\_\_\_

Ljekar koji upućuje pacijenta na pretragu: \_\_\_\_\_

Kontakt telefon: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

***Da bi smo donijeli odluku, molimo Vas da odgovorite na sva pitanja.***