

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK PŘED VYŠETŘENÍM PET/CT, PET/MR

Mám alergii na jód nebo jodovou kontrastní látku.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám alergii na léky, dezinfekci či kontrastní látku.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám závažné onemocnění ledvin.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám vleké onemocnění jater.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám zvýšenou funkci štítné žlázy (hypertyreózu).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Užívám antirevmatika nebo kortikosteroidy.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Léčím se s astmatem.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám strach z uzavřených prostor (klaustrofobii).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jsem těhotná.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Pokud ANO, uveďte týden/měsíc těhotenství:		

Podstoupil/a jsem operaci:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Kdy? Jakou?		
Podstoupil/a jsem cytostatickou léčbu (chemoterapii):	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Kdy byla ukončena?		
Podstoupil/a jsem ozáření:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Kdy bylo ukončeno?		

Mám implantovanou infuzní pumpu (například pro dávkování inzulínu).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám kardiostimulátor a/nebo defibrilátor (přístroj ovlivňující činnost srdce).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Měl jsem dříve implantovaný stimulátor a zbyly mi v těle elektrody.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám implantovaný monitor životních funkcí (např. srdeční monitor nebo monitor intrakraniálního tlaku v lebce).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám kochleární implantát (přístroj na podporu slyšení).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám v těle jiný přístroj / elektronický implantát.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jsem po operaci aneuryzmatu (výdutě) mozkové tepny.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám v těle cévní svorky (klipy).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám v tepnách nebo žilách stent (cévní výztuž) nebo žilní filtr.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Pokud ano, kdy byl implantován?		
Mám stimulátor funkcí mozku nebo nervů (např. při Parkinsonově chorobě či jiných neurologických onemocněních, vagální stimulátor apod.)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám komorovou drenáž mozku.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám náhradu srdeční chlopně.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám v těle nějaká kovová cizí tělesa (střepiny, špony, náboje atd.).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám kovové kloubní či kostní implantáty (umělý kloub, šrouby, dlahy).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám kroužky na žaludku v rámci léčby žaludečního refluxu (pálení žáhy).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám magnetický systém pro léčbu vpádlého hrudníku (sternální implantát).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám stimulátor močového měchýře.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám v těle protézu (oční, ortopedickou či jakoukoliv jinou).	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jsem po operaci žlučníku nebo žlučových cest a mám v břiše svorky.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jsem po transplantaci jater či ledvin.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Jsem po operaci páteře.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám piercing, tetování nebo permanentní make-up.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Mám nitroděložní tělísko.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

Pokud jste něčemu nerozuměl/a nebo máte doplňující otázky, obraťte se na lékaře či sestru.

..... datum jméno příjmení podpis