



## Henvisning til Positronemisjonstomografi (PET)

### Pasient-ID

Navn

Fødselsnummer

Adresse

Telefon

Mobil

Hvor er  
pasienten?

Rom, seng, tlf...

### Rekvirent

Rekvirerende post/poliklinikk

Lege

Telefon

Adresse

### Undersøkelse

Type PET-US

Kroppsdel

Målsetning

Hastegrad

Ønsket diagn. CT i samme seanse:

Kroppsdel

Dato, sted  
siste PET

### Pasient

Bevegelighet

gravid

ikke gravid

Pasient ammer

Diabetes mellitus

ikke

type 1

type 2

Diabetes-  
medikasjon:

Nyresvikt?

Ja

Nei

Bruker pasienten metformin?

Ja

Nei

Manifest hypertyreose?

Ja

Nei

Tidligere alvorlig kontrastmiddelreaksjon?

Ja

Nei

Vekt (kg) (hos barn)

**Klinisk problemstilling**

evt. tilfør relevant journalinformasjon/epikriser i vedlegg

**Behandling siste år**

Kirurgi <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Organ, dato <input type="text"/> <small>PET helst &gt; 4 uker etter OP</small>	Vekstfaktorterapi <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Preparat, dato <input type="text"/>
Biopsi <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Organ, dato <input type="text"/>	Steroidterapi <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Preparat, dato <input type="text"/>
Stråleterapi <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Område, dato <input type="text"/> <small>PET helst &gt; 4 måneder etter RTx</small>	Annen medikasjon <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Preparat <input type="text"/>
Kjemoterapi <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nei	Protokoll, siste kur <input type="text"/> <small>PET helst &gt; 1 måned etter</small> Neste kur <input type="text"/>		

**Alle** relevante morfologiske undersøkelser (CT, MR) tatt utenfor Haukeland universitetssjukehus (HUS) **må oppføres** med **undersøkelsesdato** og **navnet til institusjonen/instituttet** der de ble tatt. **Alle relevante undersøkelser bør overføres til HUS.** Hvis nødvendig skal de vedlegges på CD eller et annet medium.

Tidligere undersøkelse(r)

Dato, sted

Signatur henvisende lege