

Proszę wziąć w kółko poprawną odpowiedź, np.

TAK

NIE

Imię i nazwisko:	
PESEL /data urodzenia	

1. Czy było wykonywane badanie PET/TK

TAK

NIE

Jeśli TAK: Kiedy i gdzie.....

2. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?

TAK

NIE

Jeśli TAK: Jakie leki?.....

3. Choroby nerek:

TAK

NIE

Jeśli TAK: Jakie?

Jeśli NIE: Czy są problemy z oddawaniem moczu?(nietrzymanie moczu).....

4. Choroby przewodu pokarmowego:

TAK

NIE

Jeśli TAK: Jakie?.....

5. Czy były operacje lub zabiegi?

Jeśli TAK, to jakie i kiedy?.....

.....

.....

6. Czy była chemioterapia i immunoterapia

Jeśli TAK, to kiedy zakończona?..... lub jeśli w trakcie to kiedy ostatnia.....

7. Czy była radioterapia

Jeśli TAK, to jakieś okolice ciała i kiedy zakończona?.....

8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni były infekcje i czy brała Pani/Pan antybiotyki?

TAK

NIE

Jeśli TAK, to jakie?.....

9. Badania obrazowe:

- USG

TAK

NIE

Jeśli TAK, proszę podać datę:

- Tomografia komp.

TAK

NIE

Jeśli TAK, proszę podać datę:

- Rezonans magn.

TAK

NIE

Jeśli TAK, proszę podać datę:

- Scyntygrafia

TAK

NIE

Jeśli TAK, proszę podać datę:

10. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywane były:

- | | | | |
|--|-----|-----|----------------------|
| - biopsja | TAK | NIE | jakiej okolicy?..... |
| - gastroscopia | TAK | NIE | kiedy?..... |
| - kolonoskopia | TAK | NIE | kiedy?..... |
| - usunięcie zęba lub leczenie kanałowe | TAK | NIE | który i kiedy?..... |

11. Czy chorował Pan/Pani na gruźlicę lub Covid-19 TAK NIE

Jeśli TAK, to na co i kiedy (podać rok)?.....

12. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy był Pan/Pani szczepiony: TAK NIE

Jeśli TAK, to kiedy i po której stronie?.....

13. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy były urazy? TAK NIE

Jeśli TAK, to jakie?.....

14. Czy pracował Pan/Pani w warunkach szkodliwych?(np. kopalnia, huta) TAK NIE

Jeśli TAK, to gdzie?.....

15. Czy ma Pani/Pan na klaustrofobię? TAK NIE

16. Przyjmowane leki.....

.....
.....

17. Aktualne dolegliwości:.....

.....

18. Pytania dotyczące kobiet:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy aktualnie karmi Pani piersią? TAK NIE

Data ostatniej miesiączki.....

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

ADNOTACJE PERSONELU: