|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nosūtījums pozitronu emisijas datortomogrāfijas ambulatoram izmeklējumam** | | | |
| 2. Maksātājs NVD Cits | | | |
| 3. Pacienta vārds, uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 4. Personas kods | - | | |
| 5. Deklarētā dzīvesvieta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 6. Pacienta kontaktinformācija \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 7.Diagnoze apstiprināta (dd.mm.gggg.)  (Norāda, ja diagnoze ir apstiprināta morfoloģiski) | ... | | |
| 8. Pilna diagnoze (SSK-10 diagnozes kods ar vismaz četrām zīmēm):  8.1. pamatslimība  8.2. sarežģījumi, komplikācijas | |  |
| 9.TNM klasifikācija  (Limfoīdo audu audzēju gadījumos sadaļu neaizpilda)  Ja dažādu iemeslu dēļ tas nav iespējams, tad jāsniedz paskaidrojums (piemēram, nav veikta operācija) | | **T** **N** **M** **G** **pT** |
| 10. Slimības stadija  (Limfoīdo audu audzēju gadījumos sadaļu neaizpilda)  Norāda slimības stadiju *(O, Ois, OA, I, IA, IA1, IA2, IB, IB1, IB2, IC, II, IIA, IIB, IIC, III, IIIA, IIIB, IIIC, IV, IVA, IVB, IVC, neprecizēta – X)* | |  |
| 11. Apraksts: | |  |
| 11.1.Nosūtījuma mērķis: | |  |
| Limfomas izplatības noteikšanai pēc ķīmijterapijas,  tālākās terapijas izvērtēšanai  Remisijas apstiprināšanai pēc terapijas saņemšanas  Limfomas recidīva apstirpināšana  Mielomas ekstramedullāra diseminācija  Sēklinieku audzēja, neseminoma, kontrole pirms autologas cilmes šūnu transplantācijas  Sēklinieku audzēja, neseminoma, kontrole pēc autologas cilmes šūnu transplantācijas  Kastelmana slimība  Cits:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 12. Īsa anamnēze par pacientu, kas nepieciešama PET/CT izmeklējuma veikšanai:    Klaustrofobija  Jā  Nē Kustību traucējumi  Jā  Nē  CT kontrastvielas alerģija  Jā  Nē Spēj nogulēt uz muguras  nekustīgi 30-60 minūtes  Jā  Nē Operācija pēdējo 6.ned. laikā  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (kas un kādā veidā bijusi operācija?)  Ķīmijterapija pēdējo 6.ned. laikā  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (kad saņemta un pabeigta?)  Staru terapija pēdējo 6.ned. laikā  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (kad saņemta un pabeigta?)  CT pēdējo 6.ned. laikā  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (kad, kur?)  PET/CT pēdējo 2 gadu laikā  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (kad, kur?)  Cukura diabēts  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (glikozes līmenis diabētiķim, datums)  Vairogdziedzera hiperfunkcija  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (aktuālais TSH līmenis, datums)  GFĀ noteikšana  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (aktuālais kreatinīna un GFĀ līmenis, datums)  Pacienta ķermeņa svars un garums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (aktuālais ķermeņa svars (kg), garums (cm))  Koloniju stimulējoša  faktora saņemšana\*  Jā  Nē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (kad saņemta? (datums))  Jā Nē Jā Nē  Tuberkuloze   Sarkoidoze  Sinusīts   HIV/AIDS  Elpceļu iekaisuma slimības   Zarnu iekaisuma slimības  Reimatoīdais artrīts   Vīrusu hepatīts (VHB, VHC)  Paaugstināta ķermeņa temperatūra pēdējās nedēļas laikā    Sievietēm reproduktīvā vecumā:  Jā Nē Jā Nē  Grūtniecība   Cikls regulārs  Pēdējās menses \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bērna zīdīšana | | | |
| 13. Citi komentāri:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  14. Ārstu konsīlija datums (konsīlija datums, konsīlija vadītāja vārds, uzvārds, identifikators, informācija par ārstiem, kas piedalījās konsīlijā (vārds, uzvārds, identifikators, specialitāte)):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  15. Slimības gaita un ārstēšanas apraksts  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 16. Ārstniecības iestāde, kas aizpildījusi nosūtījumu (kods, nosaukums) | | | |
| 17. Datums (dd.mm.gggg.) | ... | | |

\*obligāti aizpildāmie lauki ļaundabīgo audzēju gadījumos