|  |
| --- |
| **Nosūtījums pozitronu emisijas datortomogrāfijas ambulatoram izmeklējumam** |
| 1. Nosūtījumu izsniedz VSIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”, VSIA „Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca”, SIA „Daugavpils reģionālā slimnīca”, SIA „Liepājas reģionālā slimnīca”, VSIA “Bērnu klīniskā universitātes slimnīca” vai VSIA “Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca”, ja par šī izmeklējuma nepieciešamību ir lēmis ārstu konsīlijs (ne mazāk kā 3 ārsti, tai skaitā radiologs) vai hematologu konsīlijs (ne mazāk kā 3 hematologi).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 (*norāda pacientam ar onkoloģisku diagnozi*;*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 (*norāda pacientam ar onkoloģisku diagnozi*;*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 NēTuberkuloze [ ]  [ ]  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 NēGrūtniecība [ ]  [ ]  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