|  |
| --- |
| *Nacionālā veselības dienesta*  *2020.gada \_\_\_.aprīļa rīkojuma Nr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.pielikums*  *Līguma par sekundārās ambulatorās veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu un apmaksu 7.1.20.punkts* |
|
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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  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