**ANEXA 12**

**la Normele tehnice**

**REFERAT DE JUSTIFICARE PENTRU EXAMEN PET/CT**

**la bolnavii cu afecţiuni oncologice**

**Date identificare BOLNAV:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nume:** | **Prenume:** |
| Domiciliu: | CNP: |
| Tel:  e-mail: |

**Date clinice ale bolnavului:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnostic clinic** | |
| **Stadiul bolii** (TNM): |  |
| **Tratamente oncologice anterioare:**  Examen PET/CT anterior: Furnizor:  Data: | **Tratament actual:**  Data finalizării ultimei cure de:  Radioterapie:  Chimioterapie i.v.: |
| **Motivele recomandării PET/CT:** | |
| Rezultat estimat: | |

**Atenţionări şi riscuri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Greutate(Kg): | Claustrofobie: Da / Nu | Diabet zaharat: Da/NU  Glicemie | Sarcina: Da / Nu |
| Talie (cm): | Astm bronşic : Da / Nu | Insulinoterapie: Da / Nu | Intervenţii chirurgicale recente: Da / Nu |
| Alergii cunoscute: Da/Nu | | Antidiabetice orale: Da / NU | Tratament anticoagulant: Da / NU |

**Medic solicitant**

|  |  |
| --- | --- |
| Medic curant oncolog: | Medic coordonator program oncologie |
| Instituţia: |  |
| Telefon:  e-mail: |  |
| Data recomandării: | Data avizării CNAS |
| Data efectuării investigaţiei: Furnizor: Rezultat ataşat: DA/NU | |