

Contrastscreening

Nucleaire geneeskunde – PET/CT

Naam:

---

Wanneer heeft u voor het laatst gegeten/gedronken? ..... uur

Heeft u ooit een radiologisch onderzoek gehad (bv.: CT)? Ja Neen

Zo ja, heeft u hierbij een allergische reactie op contraststof ondervonden? Ja Neen

Bent u allergisch voor bepaalde producten, medicatie,...? Ja Neen

Zo ja, welke producten: .....

Heeft u aan astma? Ja Neen

Zo ja, welke medicatie neemt u hiervoor:.....

Lijdt u aan de ziekte van Kahler (Multipel Myeloom)? Ja Neen

Heeft u een verminderde hartwerking? Ja Neen

Heeft u een verminderde nierwerking (creatinine, serum,...)? Ja Neen

Lijdt u aan suikerziekte (Diabetes Mellitus)? Ja Neen

Zo ja, welke medicatie neemt u hiervoor:.....

Heeft u een hersen- of hartinfarct gehad de laatste maanden? Ja Neen

Bent u mogelijk zwanger? Ja Neen

Andere belangrijke bemerkingen:.....

Wat is uw gewicht? ..... kg

Wat is uw lichaamslengte?.....m

Datum volgende consultatie behandelende arts: .....

---

Gelezen en goedgekeurd	Datum	Handtekening
.....	.....	.....