

Ф.И.О.: пациента/представителя Петров Иван Иванович

Дата рождения 1989-02-15; Возраст 33; Пол Мужской ; Рост:185(см); Вес: 70(кг)

Диагноз: Диагноз

Адрес электронной почты (e-mail): ninja.dev.wp@gmail.com

Если код диагноз C40, C41, C43, C44, C46.9, C50, C49 обязательно отметьте место локализации опухоли на обратной стороне листа!!!!!!

**Важно!!!! предоставить медицинские документы (выписки, протоколы осмотра специалистов, результаты предыдущих обследований ПЭТ/КТ, МРТ, КТ (на электронных носителях (CD/DVD/USB или ссылку на исследование).**

Общие вопросы		Да/Нет
1	Проводились ли вам ранее исследования <b>ПЭТ/КТ</b>	Нет
2	Предоставили диск ранее КТ, МРТ, ПЭТ/КТ-исследований? <b>КТ: 1 шт; МРТ: 2 шт; ПЭТ/КТ: 3 шт</b>	Да
3	Проводилось хирургическое лечение?	Нет
4	Проводилась химиотерапия? <b>Точная дата последнего курса: 1990-02-10</b>	Да
5	Проводилась иммунотерапия? <b>Точная дата последнего курса: 2023-01-11; В процессе</b>	Да
6	Проводилась гормонотерапия? (точная дата последнего курса, если в процессе отметить )	Нет
7	Проводилась таргетная терапия?	Нет
8	Проводилась лучевая терапия? <b>Точная дата последнего сеанса: 1999-12-15; Область: Область</b>	Да
9	Были переломы, травмы, ушибы за последние 2 года?	Нет
10	Были воспалительные заболевания /повышение температуры за последние 2 недели?	Да
11	Имеются: Катетеры Водитель ритма	
12	<b>Сахарный диабет?</b> <b>Средний уровень сахара в крови: 2,3; Получаю по этому поводу: Метформин Сиафор Other</b>	Да
13	Последний прием пищи (указать дату и время)	
Вопросы, связанные с внутривенным введением контрастного вещества		Да/Нет
14	Были ли у Вас ранее исследования с внутривенным рентгеноконтрастным препаратом?	Нет
15	Были ли у Вас аллергические реакции при использовании рентгеноконтрастного препарата? (крапивница, отёк Квинке, бронхоспазм, брадикардия, шок, остановка дыхания или сердечной деятельности, судороги)	Да
16	Были ли у Вас аллергической реакции, потребовавшие лечения?	Нет
17	Бронхиальная астма Гипертиреозидизм Артериальная гипертензия	
18	Результаты последнего исследования сывороточного креатинина (при наличии):	Нет
Только для женщин		Да/Нет
Вы беременны? (беременность является противопоказанием к исследованию)		<b>Уровень ПСА: 25</b> <b>Дата:2023-01-11</b>
Кормите ли Вы грудью?		Значение по <b>шкале Глисона:258</b>
День менструального цикла?		
Менопауза?		

**Представленная информация мне ясна, на все вопросы мною даны исчерпывающие ответы**

Пациент (представитель) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**X - отметьте крестиком место локализации опухоли**

