**PET/CT: PASIENTOPPLYSNINGER**

**Navn: Fødselsnummer:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diabetes mellitus | O Udef | O Ja | O Nei |
| Angi type diabetes og medikasjon | | | |
| Insulin | O Udef | O Ja | O Nei |
| Metformin | O Udef | O Ja | O Nei |
| Amming | O Udef | O Ja | O Nei |
| Gravid  Evt dato for siste menstruasjon: | O Udef | O Ja | O Nei |
| Klaustrofobi | O Udef | O Ja | O Nei |
| Epilepsi | O Udef | O Ja | O Nei |
| Innflammatorisk/granulomatøs sykdom | O Udef | O Ja | O Nei |
| Annen kreftsykdom | O Udef | O Ja | O Nei |
| Oppgi type kreftsykdom og stadium samt evt. behandling | | | |
| Er det utført kirurgi og/eller tatt biopsi av pasienten? | O Udef | O Ja | O Nei |
| Angi organ og dato for evt. kirurgi/biopsi | | | |
| Har pasienten gjennomgått kjemo-/vekstfaktor-/steroid-/immunterapi? Angi type og dato | | | |
| Stråleterapi | O Udef | O Ja | O Nei |
| Angi område for stråleterapi og utført dato | | | |
| Planlagt thoraxmøte | O Udef | O Ja | O Nei |
| Dato for evt. thoraxmøte | | | |
| Pasientens høyde i cm/pasientens vekt i kg | | | |