

Frågor att besvara inför PET-CT-undersökning med PSMA

	Ja	Nej
1. Har du fått vaccin för Covid-19 de senaste 6 veckorna? Om ja, ange datum samt i vilken arm du fått vaccinet.....	☐	☐
2. Har du tidigare genomgått något ingrepp såsom operation, vävnadsprov, bronkoskopi, gastroskopi, koloskopi eller endoskopi de senaste 2 månaderna? Om Ja, ring röntgen. Ange vad/när.....	☐	☐
3. Har du fått cellgifter/cytostatika de senaste 2 veckorna?	☐	☐
4. Har du fått strålbehandling de senaste 3 månaderna? Om ja, ring röntgen. Ange vad/när.....	☐	☐
5. Har du under de senaste 4 veckorna haft infektion, t.ex. i luftvägarna? Om ja, ange vad/när.....	☐	☐
6. Använder du kortisonpreparat?	☐	☐
7. Har du någon immunsuppressiv behandling (behandling med antikroppar)? Om ja, ange senaste behandlingsdatum.....	☐	☐
8. Har du tidigare fått kontrastmedel insprutat i ett blodkärl? Om ja, fick du någon reaktion/biverkning av detta?	☐ ☐	☐ ☐
9. Har du haft någon allvarlig allergisk reaktion? Om ja, ange vad:.....	☐	☐
10. Har du diabetes?	☐	☐
11. Använder du tabletter som innehåller metformin?	☐	☐
12. Har du eller har haft någon njursjukdom eller blivit opererad i njurarna eller urinvägarna?	☐	☐
13. Har du något av följande?		
a) giftstruma, struma	☐	☐
b) myasthenia gravis (ovanlig muskelsjukdom)	☐	☐
c) systemisk mastocytos (ovanlig blodsjukdom)	☐	☐

För undersökningen behövs uppgifter om längd och vikt.

Vikt _____ kg Längd _____ cm

Om du har frågor kontakta röntgen, nuklearmedicin telefon 010-241 04 11.

Ta med ifyllt formulär och fotolegitimation på undersökningsdagen!

Underskrift patient/ombud

Signering röntgen