

Controlelijst voor een PSMA PET-CT met een contrastmiddel via een bloedvat

Voordat het contrastmiddel kan worden toegediend, verzoeken wij u thuis alvast onderstaande vragen te beantwoorden. **Voor dit onderzoek hebben we uw lengte, gewicht en uw nierfunctie waarden nodig.**

Naam en voorletters : _____

Geboortedatum : _____

Lengte (in meters) : _____ m

Gewicht (in kilogrammen) : _____ kg

Nierfunctie (e-GFR) : _____ ml/min/1.73m² = **verplicht** datum : _____
(niet ouder dan 13 maanden)

Heeft u eerder een allergische reactie op een contrastmiddel gehad?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Heeft u suikerziekte waarvoor u tabletten met Glucofaag of Metformine inneemt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Heeft u slecht werkende nieren?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Bent u aan de dialyse?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
Heeft u de ziekte van Kahler of Waldenström?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee

x Eén keer of vaker **JA**?

Neem contact op met de afdeling Beeldvorming.

Contact informatie:

Planning Nucleaire Geneeskunde

Email: administratie.radng@radboudumc.nl

Telefoon: **024 361 45 10**

x Op alle vragen **NEE**?

Deze lijst ingevuld en ondertekend inscannen en mailen naar bovenstaand e-mail adres.

Datum : _____

Handtekening : _____