

Rödmarkerat = obligatoriskt. Del B sid. 2 skall fyllas i vid PET/MR. V.g. se remissguide sid 2!

1. Remitterande enhet & datum	Remiss för PET HJÄRNA med PET-DT eller PET-MR Nuklearmedicin, Klinisk fysiologimottagning 1 Sahlgrenska Universitetssjukhuset Blå Stråket 5, 413 45 Göteborg Fax: 031-41 17 35 Tel: 031-342 89 65
2. Remitterande läkares namn och telefon	
3. Kostnadsnummer/studienummer	
5. Önskad PET-undersökning (se guide på sid. 2) <input type="checkbox"/> [¹⁸ F]- FDG (→ p.10) <input type="checkbox"/> [⁶⁸ Ga]- DOTATOC <input type="checkbox"/> [¹⁸ F]- FET <input type="checkbox"/> Studie (ange tracer):	4. Patientuppgifter Personnummer: Namn: Adress: Telefon:
6. Önskad undersökningsmetod (se guide på sid. 2) <input type="checkbox"/> PET med enkel MR hjärna (→ del B) <input type="checkbox"/> PET med diagnostisk MR hjärna (→ del B+ p 9-11) <input type="checkbox"/> PET med lågdos-DT hjärna	7. Vikt & Längd 8. Ev. önskad tid: 9. Tolkbehov? Nej Ja Språk:
10. Diabetes? Nej Ja Ange behandling: 11. Överkänslighet mot MR-kontrastmedel? Nej Ja 12. Nedsatt njurfunktion? Nej Ja Ange krea & datum: 13. Är patienten gravid eller ammar? Nej Ja Daterad grav.vecka: 14. Får bensodiazepin ges v.b. i samband med undersökningen? Nej Ja <i>Se guide på sid. 2</i> 15. Behov av sedering/narkos? Nej Ja <i>Rem. enhet ansvarar för uppvakningsavdelning & transport</i>	
16. Frågeställning/utredningsdiagnos (specificera):	
17. Kliniska upplysningar (Aktuellt inkl. behandling. Relevanta prov/testresultat. Tid. och nuv. sjukdomar. Övriga läkemedel):	

DEL B ifylls på nästa sida. Ofullständigt ifylld remiss returneras.

DEL B. MR-säkerhet. OBLIGATORISKA upplysningar. Krävs för att MR-undersökning ska kunna genomföras.

Har patienten något elektriskt/batteristyrkt implantat i kroppen? Nej Ja

Typ av implantat: _____

På vilket sjukhus opererades implantatet in och när? _____

Fabrikat: _____ Modell: _____

Annat: _____

Har patienten något inopererat föremål som kan innehålla metall? Nej Ja

Typ av implantat/föremål: _____

På vilket sjukhus opererades föremålet in och när? _____

Fabrikat: _____ Modell: _____

Annat: _____

Har patienten något främmande metallföremål i kroppen? Nej Ja

Typ av föremål: _____

Var sitter metallföremålet: _____ Material: _____

Om ineliggande patient: Finns intrakraniellt v-drän, extern pacemaker, Swan-Ganzkateter, cytostatikapump, extern insulinpump, läkemedelsinfusion via sprutpump? Nej Ja

Specificera: _____

Fabrikat: _____ Modell: _____

Remissguide

Rödmarkerat = obligatoriskt. V.g. texta tydligt. Ofullständig eller felaktigt ifylld remiss skickas tillbaka.

5. Önskad PET-undersökning. Guide till val av PET-tracer:

FDG: Vid frågeställning om demens, atypisk parkinsonism samt vid epilepsiutredning.

OBS: Kräver b-glu <10mmol/L. Diabetiker ska kontakta PET-bokningen (031-342 89 65).

DOTATOC: Vid frågeställning om intrakraniellt meningiom

FET: Vid frågeställning om gliom (eller annan CNS-tumör exklusive meningiom)

TAU: Vid frågeställning om demens (endast studier)

6. Önskad undersökningsmetod. Guide till val av modalitet:

PET med enkel MR: Standardundersökning. MR-del granskas ej av radiolog.

PET med diagnostisk MR: Vid behov av samtidig utökad morfologisk utredning. MR-delen granskas av neuroradiolog, kostnad tillkommer. Obs: *Utbudet av MR-protokoll på PET/MR är begränsat. Om önskad MR-undersökning ej är tillgänglig skickas kopia på remissen till VO Radiologi och MR utförs separat.*

PET med lågdos-DT: Främst vid kontraindikation mot MR.

13. Lugnande läkemedel:

Vid PET-undersökning är det av stor vikt att patienten kan ligga stilla och medverka. Många patienter känner oro och kan då v.b. erbjudas diazepam. Om bensodiazepinpreparat *inte* får ges, är vi tacksamma om Du som patientansvarig läkare ordinerar lämpligt alternativ som patienten kan ta v.b. mot oro i samband med undersökningen.

DEL B. MR-säkerhet. Guide till vad som **måste anges:**

Elektriskt/ batteristyrkt implantat: pacemaker, intern defibrillator, neurostimulator i hjärnan eller ryggen, hörselimplantat, medicinpump, blodsockermätare.

Annat inopererat föremål som kan innehålla metall: kärclips eller stent, mekanisk hjärtklaff, shunt, hörselbenprotes, tracheakanyl/tub, hudexpanderare, fast tandställning m.m.

Främmande metallföremål i kroppen: metallsplitter eller svetsloppa i ögat, granatsplitter, kulor eller hagel, annat metallföremål (specificeras).