

שם הרופא/ה המפנה: \_\_\_\_\_  
מספר טלפון של הרופא/ה המפנה \_\_\_\_\_

1. האם היית בצום 5 שעות?                      כן / לא
2. האם יש לך רגישות ליוד?                      כן / לא / לא יודעת
3. האם זה צילום ראשון שלך עם חומר ניגוד?                      כן / לא / לא יודעת
4. האם יש לך אלרגיה לחומרים אחרים/ תרופות?                      כן / לא / לא יודעת
- אם כן, נא לפרט:

- 
5. האם יש לך אסתמה או בעיות נשימה אחרות?                      כן / לא
- אם כן, נא לפרט:

- 
6. האם יש לך צורך במשאף (ונטולין או אחר)?                      כן / לא
7. האם יש לך סוכרת?                      כן / לא
8. האם אחת מהתרופות הרשומות מטה נמצאת בשימושך?  
אם כן, נא לסמן בעיגול:

(INTERLEUKIN) אינטרלוקין, (METFORMIN) מטפורמין, (GLUCOPHAGE) גלוקופז', סטרואידים

9. האם עברת ניתוח בעבר?                      כן / לא
- אם כן, איזה ניתוח ומתי עברת אותו?

- 
10. האם עברת טיפולים כימותרפיים?                      כן / לא
- אם כן, מתי היה הטיפול האחרון?
-

11. האם עברת טיפולים בהקרנות?  
אם כן, מתי היה הטיפול האחרון?

12. האם את/ה בטיפול של סטרואידים?  
אם כן, מה המינון?

מה מועד התחלת הטיפול בסטרואידים?

13. האם יש לך בעיות בלב?

14. האם יש לך אי-ספיקת כליות?

15. האם את/ה משתתף/ת במחקר קליני?

**16. לנשים בלבד:**

האם את בהריון?

האם את מיניקה?

האם את מסכימה לקבל חומר רדיואקטיבי?

חתימה לאישור קבלת חומר רדיואקטיבי

האם את מקבלת מחזור מידי חודש?

אם כן, מהו תאריך הווסת האחרון?

## הסכמה להזרקה:

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקראתי את האמור לעיל. ברור לי שחלק מתופעות הלוואי המוזכרות יצריכו טיפול רפואי מידי או טיפול חירום לצורך הצלת חיים או למניעת נזק גופני, ואני מסכים/ה לקבל טיפול זה אם יידרש.

אני מאשר/ת את הטופס ומסכים/ה לביצוע הבדיקה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר  
תעודת זהות \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_

---

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין,  
קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_

## סירוב להזרקה:

אני מסרב/ת לקבל הזרקת חומר ניגוד ומודע/ת שעקב סירובי זה איכות הבדיקה עלולה להיפגם.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מספר  
תעודת זהות \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_

---

שם האפוטרופוס (קירבה) \_\_\_\_\_ חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין,  
קטין או חולה נפש) \_\_\_\_\_