

Tilvisningsskjema nukleærmedisinsk seksjon

Fød.nr. Namn: Adr.: Tr.k.:	Tlf. privat: Tlf. mobil: Tlf. arbeid:
Frå lege: Adr.:	
Hemmeleg tlf.:	Rekvireringsdato:
Pasientens fastlege dersom forskjellig frå tilvisande lege:	
Kopi av svar til:	
Sjukehus/avdeling det tilvisas til: Nukleærmedisinsk seksjon Laboratorieavdelinga Ålesund	
Aktuell problemstilling/ Ønska u.s./behandling:	
Same undersøking tidlegare? Når?	
Aktuell sjukehistorie:	
Tidlegare/anna relevant sjukdom:	
Resultat av prøver/undersøkingar:	
Høgde ca	cm Vekt ca kg
Medikament:	
Kritisk info (Cave/anafylaksi/el.l):	
Vurdering av hastegrad:	
Innan:	1 veke 2 veker 4 veker 3 mnd. 6 mnd.
Spesielle ønske (samordning med andre u.s. eller liknande):	
Transportbehov – kan pasienten reise åleine med off. kommunikasjonsmidlar? Ja Nei Viss Nei: (Beskriv krav til transport og følgje):	
Supplerande relevant info:	