

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 07 แบบฟอร์มคำขอตรวจ Parathyroid scan

ข้อมูลผู้ป่วย [link จาก PACS]

ชื่อ-นามสกุล

HN

ชื่อแพทย์เจ้าของไข้

เบอร์โทรสำหรับติดต่อแพทย์

โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ

วันที่ส่งตรวจ

สำหรับแพทย์เจ้าของไข้

โปรดระบุข้อบ่งชี้ของการตรวจ โดยเขียน ใน หน้าหัวข้อที่ตรงกับผู้ป่วยของท่าน

- เพื่อระบุตำแหน่งของ hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) ก่อนการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ hyperparathyroidism
- เพื่อค้นหา hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่พบก้อน เนื่องจาก neck explorations
- เพื่อค้นหา hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) สำหรับผู้ป่วยมีภาวะ recurrent or persistent hypercalcemia หลังการผ่าตัด
- ข้อบ่งชี้อื่น ระบุ

โปรดเขียน ใน หากผู้ป่วยของท่านมีประวัติและการรักษาดังต่อไปนี้

1. อาการสำคัญ
 - asymptomatic hypercalcemia
 - nephrolithiasis
 - weakness, fatigue
 - bone pain
 - pathological fractures
 - อื่น ๆ
2. เคยผ่าตัดบริเวณลำคอ และ/หรือ ทรวงอกหรือไม่
 - ไม่เคย
 - เคย ระบุชนิดของการผ่าตัด
3. เคยผ่าตัด parathyroidectomy มาก่อนหรือไม่ ไม่เคย เคย
4. หากเคยผ่าตัด parathyroidectomy มาก่อนมีการเก็บต่อมพาราไทรอยด์ไว้ที่แขน (forearm) ของผู้ป่วยหรือไม่
 - ไม่
 - ใช่
5. เคยเป็นโรคมะเร็งหรือไม่
 - ไม่เคย
 - เคย ระบุ
6. ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยได้รับการตรวจสแกนทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์หรือไม่
 - ไม่
 - ใช่ ระบุชนิดของการตรวจ
7. ปัจจุบัน ผู้ป่วยรับประทานยากกลุ่ม calcium channel blockers หรือไม่
 - ไม่
 - ใช่ ระบุชื่อยา
8. ปัจจุบัน ผู้ป่วยรับประทาน Vitamin D3 (เช่น calcitriol, alpha-D3) หรือยากกลุ่ม Calcimimetics หรือไม่
 - ไม่
 - ใช่ ให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานก่อนตรวจสแกน 2 สัปดาห์

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

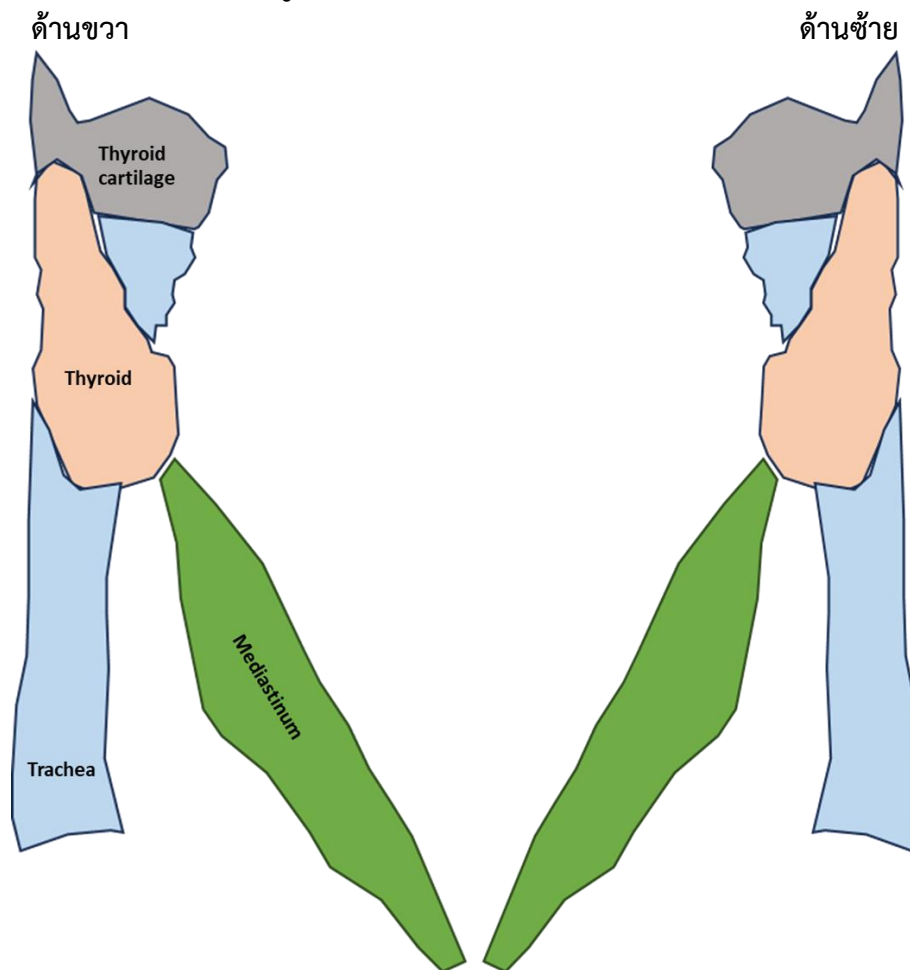
NMDX 07 แบบฟอร์มคำขอตรวจ Parathyroid scan (ต่อ)

ผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้ามี)

หมายเหตุ สำหรับภาพถ่ายและรายงานผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากหน่วยงานภายนอก แพทย์เจ้าของไข้สามารถส่งเอกสาร และ/หรือ CD ให้เจ้าหน้าที่สแกนลงในระบบ PACS แต่หากไม่มีภาพถ่ายและรายงานผลแนบมา ขอความกรุณาแพทย์เจ้าของไข้เขียนผลการตรวจทางรังสี/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องในช่องข้างล่าง

1. serum ionized calcium level mg/dL (normal)
2. serum PTH level pg/mL (normal)
3. serum 25-hydroxy vitamin D level ng/mL (normal)
4. neck or thyroid ultrasound

หากการตรวจทางรังสีพบก้อนที่สงสัยจะเป็น hyperfunctioning และ/หรือ ectopic parathyroid gland(s) โปรดวาดตำแหน่งที่สงสัยในรูปภาพเพื่อประกอบการแปลผลกับภาพถ่ายสแกน



Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University
NMDX 07 แบบฟอร์มการตรวจ Parathyroid scan

สำหรับแพทย์เวชศาสตร์นิวเคลียร์

Protocol

two-phase parathyroid scintigraphy + SPECT/CT

Intraoperative parathyroid localization

โปรตรอบุปริมาณ tracer

Tc-99m MIBI จำนวน mCi IV

ยาเสริมและหัตถการอื่น ๆ

แพทย์ผู้ส่ง

วันที่ส่ง

สำหรับพยาบาล

โปรตรอบุ tracer

Tc-99m MIBI จำนวน mCi IV

วันที่ เวลาที่ฉีด

ยาเสริมและหัตถการอื่น ๆ

พยาบาล

วันที่

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 07 แบบฟอร์มการตรวจ Parathyroid scan (ต่อ)

สำหรับนักรังสีการแพทย์

Protocol: two-phase parathyroid scintigraphy + SPECT/CT

การตรวจเพิ่มเติมจาก protocol

นักรังสีการแพทย์

วันที่

Premium Nuclear Medicine Center, Burapha University

NMDX 07 แบบฟอร์มรายงานผลการตรวจ Parathyroid scan

มี image artifacts หรือไม่

ไม่มี

มี ระบุ

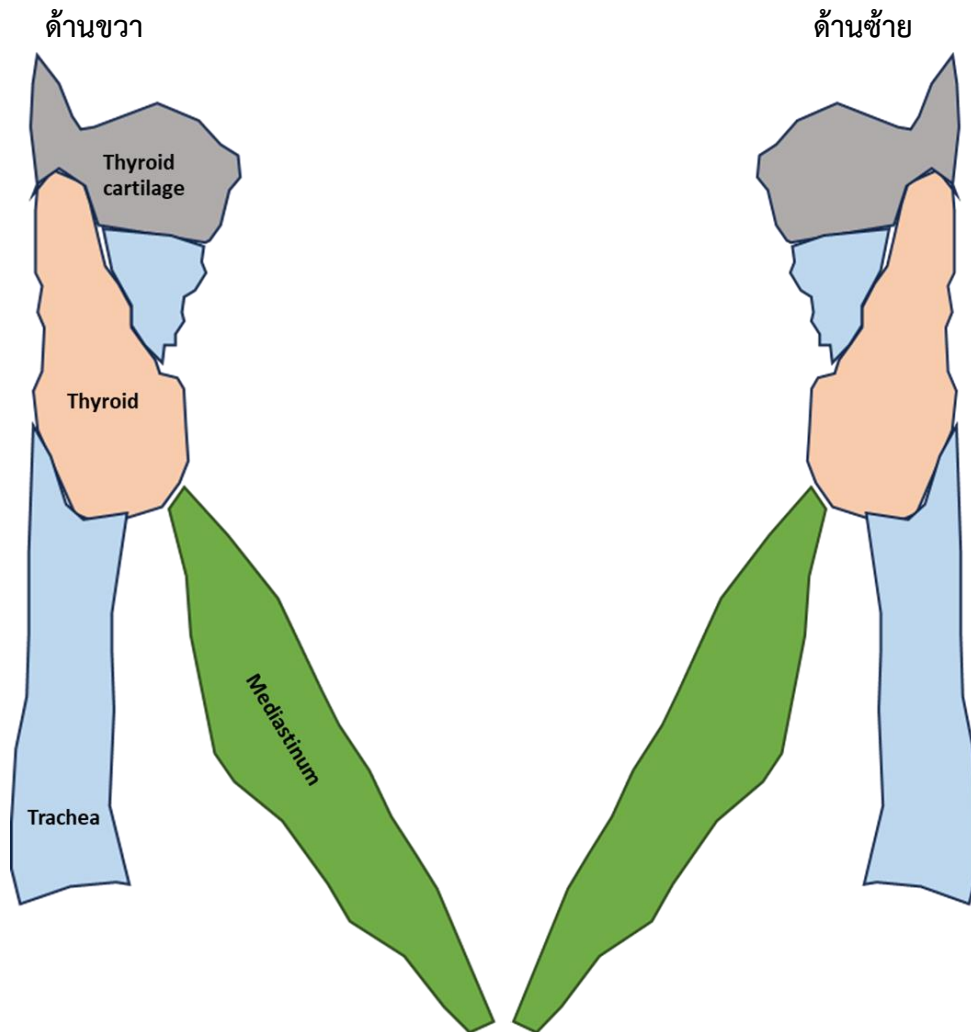
ผลการตรวจ

ไม่พบ hyperfunctioning parathyroid gland

พบ hyperfunctioning parathyroid gland จำนวน ต่อม

พบ thyroid adenomas จำนวน ต่อม

วาดตำแหน่งและการแปลผลที่พบในภาพ



การแปลผล

parathyroid adenomas / hyperplastic parathyroid glands / thyroid adenomas

แพทย์ผู้รายงาน

วันที่