

ŽIADANKA NA PET/CT VYŠETRENIE S [18F]FDG

Meno a priezvisko:										
Zdrav. poisťovňa:					Rod.č.:					
Bydlisko:					Telefón pacienta:					
Adresa odosielaajúceho lekára (zdrav. zariadenia):										
Kód:		tel. kontakt:				e-mail:				
Hmotnosť:		Výška:				Hodnota kreatinínu:				
Základná klinická diagnóza (kódom a slovné)										
Ďalšie chronické ochorenia (dôraz na diabetes mellitus a nefropatiu)										
Liečba metformínom										
Alergická anamnéza (za antialergickú prípravu u rizikových pacientov je zodpovedný indikujúci lekár)										
Priebeh ochorenia (stručná epikríza)										
Liečba, operácie (typy liečby, dátumy ukončenia)										
Výsledky zobrazovacích vyšetrení (CT, MR, PET/CT, USG a iné (pracovisko a dátum) + poslať do PACSu)										
Laboratórne nálezy (vrátane tumormarkerov)										
Aká otázka má byť PET/CT vyšetrením zodpovedaná										

Svojim podpisom lekár prehlasuje, že pacienta vyšetřil a považuje PET/CT vyšetřenie za vhodné a predpokladá jeho prínos pre ďalší osud pacienta.

Dátum:

.....
pečiatka a podpis lekára

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poučený a súhlasím s vyšetřením

.....
podpis pacienta