



Oddelenie nukleárnej medicíny
Pracovisko PET/CT
Plavisko 7. 03401 Ružomberok

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE PET/CT S ¹⁸FDG

Osobné údaje pacienta:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

Poistovňa:

Telefónne číslo:

Výška:

Váha:

Údaje odosielajúceho pracoviska:

Názov a adresa pracoviska:

E-mail lekára:

Tel. / fax., pracoviska:

Diagnóza a podrobné zdravotné informácie o pacientovi:

Operačný zákrok (typ, lokalita, dátum):

Chemoterapia/biologická liečba (typ, dátum od-do):

Biologická liečba (typ, dátum od-do):

Iná liečba (typ, dátum od-do):

Rádioterapia (lokalita, dátum ukončenia):

Onkomarkery (typ, hodnota, dátum):

Lieči sa pacient na poruchu štítnej žľazy?: Áno | Nie

O akú poruchu štítnej žľazy sa jedná?:

Je pacient diabetik, ako je liečený (diéta, PAD, inzulín):

Alergia na potraviny, lieky, kontrastné látky:

Podstúpil pacient za posledný rok nejaké iné rádiodiagnostické vyšetrenie (PET/CT, PET/MR, CT, MR):

Ak áno, žiadame uviesť kedy a s akým nálezom, prípadne priniesť celú obrazovú a textovú dokumentáciu osobne na vyšetrenie.

Ktorá otázka má byť vyšetrením zodpovedaná, prípadne máte inú (ďalšiu) požiadavku pri vyšetrení?

(napr. chcete doplniť vyšetrenie hlavy, prípadne končatín za iným účelom a prečo?)

Krátka epikríza:

Hodnota Kreatinínu:

Užíva pacient metformin?: Áno | Nie

Aký metformin alebo iné perorálne antidiabetiká pacient užíva?:

Informácie o lekárovi

Meno lekára:

Kód lekára:

Kód pracoviska:

Meno a Priezvisko lekára prvého kontaktu pacienta:

Originál žiadanky: Lékar zašle poštou | Prinesie pacient

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol svojim ošetrujúcim lekárom poučený o vyšetrení a s vyšetrením súhlasím

Dátum:

Podpis pacienta:

.....
pečiatka a podpis lekára, kód lekára

Vyšetrenie, ktoré podstúpite, je finančne veľmi nákladné a rádioaktívna látka je objednávanie vopred. V prípade, že sa na vyšetrenie nemôžete dostaviť alebo sa nedostavíte načas, informujte nás čo najskôr, minimálne však 48 hodín pred vyšetrením na tel. čísle +421 918 800 848