



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

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE CT

Osobné údaje pacienta:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Adresa bydliska:

E-mail:

Telefónne číslo:

Výška:

Váha:

Údaje odosielajúceho pracoviska:

Názov, adresa pracoviska:

E-mail lekára:

Tel. / fax., pracoviska:

Diagnóza (MKCH):

Krátka epikríza:

Ďalšie chronické ochorenia:

Alergia na potraviny, lieky, kontrastné látky:

(v prípade prekonania, typ alergickej reakcie, v prípade podania kontrastnej látky pri CT vyšetrení, je potrebná protialergická príprava)

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

CT, USG, MR vyšetrenia:

(doplnenie písomnými nálezmi prípadne obrazovou dokumentáciou realizovaných vyšetrení, (CT, USG, MR), prípadne na elektronickom médiu (CD, DVD, USB kľúč))

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

- CT v oblasti hlavy
- CT v oblasti krku
- CT v oblasti hrudníka
- CT v oblasti brucha
- CT v oblasti malej panvy
- CT v oblasti hrudníka a brucha (v jednom sedení)
- CT v oblasti hrudníka, brucha a panvy (v jednom sedení)

Upresnenie:

Hodnota Kreatinínu:

Užíva pacient metformin?: Áno | Nie

Informácie o lekárovi

Meno lekára:	Kód lekára:	Kód pracoviska:
--------------	-------------	-----------------

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

V PRÍPADE, ŽE MÁ BYŤ POUŽITÁ KONTRASTNÁ LÁTKA - MINIMÁLNE 3 HODINY NEJEŠŤ.

V prípade, že sa na vyšetrenie nemôžete dostať alebo sa nedostavíte načas, informujte nás čo najskôr, minimálne však 48 hodín pred vyšetrením na tel. čísle +421 918 800 848