

ŽIADANKA NA PET/CT VYŠETRENIE PRI Ca PROSTATY S 68Ga-PSMA

Priezvisko a meno pacienta:

Rodné číslo:

Zdravotná poisťovňa:

Telefón pacienta:

Hmotnosť [kg]:

Výška [cm]:

Adresa pacienta:

Diagnóza, histológia, klinické štádium:

Dátum poslednej operácie, chemoterapie a rádioterapie (ak bola podaná):

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Užíva pacient diuretiká alebo kolchicín?

☐ Áno

☐ Nie

Alergia na lieky, kontrastné látky alebo potraviny?

☐ Áno

☐ Nie

Uved'te aké:

Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:

ŽIADANKA NA PET/CT VYŠETRENIE PRI Ca PROSTATY S 68Ga-PSMA

Gleason skóre:

Hodnota PSA:

Hodnota kreatinínu:

Úroveň mobility pacienta:

Je pacient hospitalizovaný? ☐ Áno ☐ Nie

☐ mobilný ☐ chodí s oporou ☐ vozík ☐ ležiaci

Dátum:

Meno lekára (so špecializáciou):

Kód lekára (so špecializáciou):

Adresa pracoviska:

Kód pracoviska:

Oddelenie/ambulancia:

Telefonický kontakt na odosielaajúceho lekára:

Emailová adresa odosielaajúceho lekára:

Prehlásenie lekára

Označením lekár prehlasuje, že pacienta vyšetril a považuje PET/CT vyšetrenie za vhodné a predpokladá jeho prínos pre ďalší osud pacienta a vyšetrenie považuje za neodkladné

☐ Áno

Súhlas s elektronickým spracovaním údajov:

☐ Áno

Originál žiadanky: ☐ Posielam faxom ☐ Pacient prinesie osobne