

# ŽIADANKA NA PET/CT VYŠETRENIE S 18F-CHOLÍNOM

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

Uveďte aké:

Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:

## ŽIADANKA NA PET/CT VYŠETRENIE S 18F-CHOLÍNOM

Gleason skóre:  Hodnota PSA:  Hodnota kreatinínu:

Úroveň mobility pacienta:

mobilný  chodí s oporou  vozík  ležiaci

Je pacient hospitalizovaný?  Áno  Nie

Dátum:

Meno lekára (so špecializáciou):  Kód lekára (so špecializáciou):

Adresa pracoviska:

Kód pracoviska:

Oddelenie/ambulancia:

Telefonický kontakt na odosielajúceho lekára:

Emailová adresa odosielajúceho lekára:

**Prehlásenie lekára**

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

Áno

Súhlas s elektronickým spracovaním údajov:

Áno

Originál žiadanky:  Posielam faxom  Pacient prinesie osobne