

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

Meno a priezvisko:											
Zdrav. poisťovňa:						Rod.č.:					
Bydlisko:						Telefón pacienta:					
Adresa odosielajúceho 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 vyšetril a považuje PET/CT vyšetrenie 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 vyšetrením

.....
podpis pacienta