



## Objednávací protokol na vyšetrenie PET/CT s 18F-cholínom

### Základné informácie pacienta

Priezvisko a meno:	<input type="text"/>	Tel. pacienta:	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>	Kód ZP:	<input type="text"/>
Hmotnosť:	<input type="text"/>	Výška:	<input type="text"/>
Adresa pacienta:	<input type="text"/>		

### Odosielacie pracovisko

Adresa pracoviska:	<input type="text"/>		
Tel./fax pracoviska:	<input type="text"/>	Email pracoviska:	<input type="text"/>

### Diagnóza a podrobné zdravotné informácie o pacientovi

Diagnóza:	<input type="text"/>	Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?:	<input type="text"/>
-----------	----------------------	--	----------------------

Gleason skóre:	<input type="text"/>	Rádioterapia zameraná na prostatu, event. lôžko:	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie				
Operačný zákrok na prostate:	<input type="checkbox"/> Žiadny <input type="checkbox"/> RAPE <input type="checkbox"/> TUR P	Dátum operačného zákroku	<input type="text"/>				
Posl. PSA	<input type="text"/>	Dát. PSA	<input type="text"/>	f/T PSA (%)	<input type="text"/>	Dát. f/T PSA	<input type="text"/>
PSADT	<input type="text"/>	Dát. PSADT	<input type="text"/>	ALP	<input type="text"/>	Dát. ALP	<input type="text"/>
Alergia na cholín:	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie						

### Alergia na lieky, kontrastné látky alebo potraviny:

Na PET/CT vyšetrenie s plne diagnostickým CT je potrebná príprava ako na CT vyšetrenie s podaním kontrastnej látky.

### Krátka epikríza/súhrn doteraz realizovaných vyšetrení:

Potrebné je doplnenie písomnými nálezmi doteraz absolvovaných vyšetrení, resp. obrazovou dokumentáciou (CT, MRI, USG...), najlepšie na digitálnom médiu.

Hodnota kreatinínu:	<input type="text"/>	Užíva pacient METFORMIN?:	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nie
---------------------	----------------------	---------------------------	---

### Informácie o lekárovi:

Meno lekára:	<input type="text"/>	Kód lekára:	<input type="text"/>	Kód pracoviska:	<input type="text"/>
--------------	----------------------	-------------	----------------------	-----------------	----------------------

Dátum: . . . . .

Pečiatka a podpis lekára: . . . . . Podpis pacienta: . . . . .

Svojim podpisom lekár prehlasuje, že pacienta vyšetril a považuje PET/CT vyšetrenie za vhodné a predpokladá jeho prínos pre ďalší osud pacienta. Vyšetrenie považuje za neodkladné!

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poučený a súhlasím s vyšetrením.



IZOTOPCENTRUM

IZOTOPCENTRUM, s.r.o.

Oddelenie Nukleárnej Medicíny

Rázusova 24, 949 01 Nitra

## Doplňujúce informácie

