



Objednávací protokol na vyšetrenie PET/CT s 18FDG

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"/>
-----------	----------------------	--	----------------------

Dátum poslednej chemoterapie a rádioterapie (ak bola podaná):

Je pacient diabetik? Ak áno, ako je liečený (diéta, PAD, inz.)? (Vzhľadom na povahu vyšetrenia je nevyhnutné, aby bol DM kompenzovaný (glykémia pod 10 mmol/l)):

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 potvrdzujem, že som bol poučený a súhlasím s vyšetrením.