



Objednávací protokol na vyšetrenie PET/CT s 68Ga-DOXA-TOC

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, histológia, klinické štádium:	Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je pacient liečený somatostatínovými analógmi? (Vzhľadom na povahu podávaného rádiofarmaka je vhodné, aby bolo vyšetrenie plánované na obdobie pred ďalším podaním liečby.)

Dátum poslednej chemoterapie a rádioterapie (ak bola podaná):

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: Užíva pacient METFORMIN? Ano Nie

Informácie o lekárovi:

Meno lekára: Kód lekára: Kód pracoviska:

Dátum:

Pečiatka a podpis lekára: Podpis pacienta:

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

Svojím 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

