



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

Základné informácie pacienta

Priezvisko a meno: Tel. pacienta:

Rodné číslo: Kód ZP:

Hmotnosť: Výška: Pohlavie: Muž Žena

Adresa pacienta:

Email pacienta: Dátum narodenia:

Odosielacie pracovisko

Adresa pracoviska:

Tel./fax pracoviska: Email pracoviska:

Diagnóza a podrobné zdravotné informácie o pacientovi

Diagnóza: Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?:

Gleason skóre: Rádioterapia zameraná na prostatu, event. lôžko: Áno Nie

Operačný zákrok na prostate: Žiadny RAPE TUR P Dátum operačného zákroku:

Posl. PSA Dát. PSA f/T PSA (%) Dát. f/T PSA

PSADT Dát. PSADT ALP Dát. ALP

Alergia na cholín:

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:

Dátum: Kód pracoviska:

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

