



Objednávací protokol na vyšetrenie PET/CT s 18FDG

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?:

Onkomarkery:	
--------------	--

Operačný zákrok:	
------------------	--

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:		Užíva pacient METFORMIN?:	Ano	Nie
---------------------	--	---------------------------	-----	-----

Informácie o lekárovi:

Meno lekára:		Kód lekára:	
--------------	--	-------------	--

Dátum:		Kód pracoviska:	
--------	--	-----------------	--

Pečiatka a podpis lekára:	Podpis pacienta:
-------------------------------------	----------------------------

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