



## Objednávací protokol na vyšetrenie PET/CT s 18FET

### 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?:

Dátum poslednej rádioterapie (ak bola podaná):

Operačný zákrok:

### 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

### 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

