

ŽÁDANKA NA PET/CT VYŠETŘENÍ

Pozitronová emisní tomografie – Oddělení zobrazovacích metod

Objednání: den	hodina
----------------	--------

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ!

Pacient Jméno: Příjmení: Adresa:	Indikující lékař (případně čitelné razítko) Jméno: IČZ: Telefon:
Rodné číslo:	Číselná diagnóza k vyšetření:
Váha: Výška:	
Pojišťovna:	
Telefon pacienta:	
Slovní diagnóza k vyšetření:	
Druh a rozsah vyšetření: Pozitronová emisní tomografie PET/CT Radiofarmakum: ☐ 18F-FDG ☐ 18F-Fluorocholin ☐ 18F-Fluciclovin Rozsah: ☐ Standard: od baze lebni po třetinu stehen ☐ + DK ☐ + HK ☐ + Hlava ☐ Cílené vyšetření:	
PET – radiofarmakum: FDG	
Alergie: ☐ Ne ☐ Ano Specifikujte:	
Selhání ledvin: ☐ Ne ☐ Ano Kreatinin v séru (μmol/l):	
Pohybové omezení: ☐ Ne ☐ Ano Jaké:	
Diabetes: ☐ Ne ☐ Ano Pokud ano je léčen: ☐ inzulinem ☐ PAD ☐ Dietou	
Těhotenství: ☐ Ne ☐ Ano Kojení: ☐ Ano ☐ Ne Tyreotoxikóza: ☐ Ano ☐ Ne	
Epikríza a osobní anamnéza ve vztahu k vyšetření (Prosíme přiložit lékařskou zprávu včetně přehledu léčby a data její ukončení):	
Klinická otázka, kterou má vyšetření zodpovědět:	
Výsledky předchozích vyšetření (CT,MR, PET/CT) prosíme před vyšetřením zaslat ePACSem (nempk.cz), nebo dát s sebou pacientovi na CD.	
Datum:	Razítko a podpis lékaře:

VYPLNÍ RDG ODDĚLENÍ	Dne:	Indikaci vyšetření schválil:
Vyšetření provedl:		
p.o. příprava k.l.:	Množství (ml):	V (l) vody:
Čas zavedení i.v. kanyly:	Čas odstranění i.v. kanyly:	
Kontrola pacienta: ☐ Slovem ☐ Pohledem	Pacient odchází bez obtíží	čas:

VYPLNĚNOU ŽÁDANKU VČETNĚ PŘÍLOH, PROSÍME DOPRAVTE NA RECEPCI RDG ODDĚLENÍ OSOBNĚ NEBO POŠTOU. OBJEDNÁNÍ TELEFONICKY NENÍ MOŽNÉ, PACIENT BUDE KONTAKTOVÁN S TERMÍNEM VYŠETŘENÍ!