

ŽIADANKA O C.T. VYŠETRENIE

Kód poisťovne

Meno a priezvisko..... Rodné číslo.....

Zamestnanie..... Bydlisko (PSČ)

Odosielajúci ústav (PSČ, meno lekára, tel., klapka)

Objednaný na..... hod.....

Bol už pacient na C.T. vyšetrení? Kedy? Kde?

Ktorý orgán (oblasť) sa má vyšetriť?

Ktorá otázka má byť C.T. vyšetrením zodpovedaná?

Žiadate poslať snímkovú dokumentáciu?

1. Nie
2. Len z posledného vyšetrenia
3. Všetky vyšetrenia

Požiadavka na narkózu

Rizikovosť podania jódovej kontrastnej látky:

Hladina sérového kreatinínu (v prípade kontrastného vyšetrenia): μmol/l

Epikríza:.....

Predchádzajúce vyšetrenia (CT, MR, UZ dokumentáciu priložte, vrátime)

Laboratórne výsledky (len vo vzťahu k vyšetreniu):

Štatistický kód:

UPOZORNENIE: Pacienti pred C.T. vyšetrením (s predpokladanou aplikáciou kontrastnej látky)

nesmú 6 hodín jesť! Príjem tekutín (voda, čaj) sa odporúča.

Riziko vzniku kontrastnej nefropatie hodnotí indikujúci lekár.

Dátum

**Pečiatka a podpis indikujúceho
lekára:**

Kód odosielajúceho lekára:

Bez zodpovedania všetkých otázok nebude pacient vyšetrený!

Žiadanú vypisovať raz!

Žiadanú je interaktívna, vyplniť a vytlačiť sa dá priamo z počítača