



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE

Klinika nukleárnej medicíny

PET/CT s fluorodopou (¹⁸F) (FDOPA)

K/NM-5

Rodné číslo:

Priezvisko:

Meno:

Adresa:

Tel. číslo pacienta:

Kód ZP: Samoplatca: ☐

EÚ poistenec: ☐ Kód krajiny EÚ:

Základná diagnóza:

Diagnóza (slovom):

Dátum vystavenia žiadanky:

Kód PZS odosielajúceho lekára:

Kód odosielajúceho lekára:

Tel. číslo:

Email:

Názov a sídlo organizácie
(adresa na doručenie výsledku):

Vyšetrenie počas hospitalizácie: ☐

ID hospitalizačného prípadu:

Vyšetrenie ambulantne: ☐

Pečiatka a podpis lekára:

Poznámky:

Epikríza a súhrn najnovších výsledkov laboratórnych (vrátane dynamiky onkomarkerov), histologických a zobrazovacích vyšetrení (PET/CT, gamagrafie, CT a MRI vyšetrenia priložiť na CD / preposlať cestou T3C):

Doterajšia liečba (dátum operácie, CHT, RAT, ...):

Aká otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

Aká liečba je plánovaná?

Výška pacienta:

Hmotnosť pacienta:

DM: ☐
nediabetik

☐
diéta

☐
Inz.

☐
PAD

☐
užíva
metformín

Alergia na jód: ☐ ☐
Áno Nie

Kreatinín eGFR (aktuálna hodnota), dátum odberu:

Imobilita: ☐ ☐
Áno Nie

Poznámka: Vyšetrenie môže indikovať lekár s odbornosťou: 019, 064, 153. Pre správne zobrazenie obsahu dbajte na to, aby text v jednotlivých bunkách tabuľky neprekročil ich veľkosť. Ak text presiahne rozmery bunky, nemusí sa zobraziť korektne. Nekompletne vyplnené žiadanky nebudú akceptované!

