

Žiadanka na vyšetrenie PET/CT s fluórocholínom(18F) (FCH)

Informácie o pacientovi:

Rodné číslo: Muž Žena
Priezvisko:
Meno:
Adresa:
Tel. číslo:
E-mail:
Kód diagnózy: Kód ZP:
Terajšie ochorenie:

Informácie o lekárovi:

Odosielajúci lekár:
Kód PZS a kód odosielajúceho lekára:
Tel. číslo/E-mail:
Hospitalizovaný:
Oddelenie – tel. číslo:
Kód PZS a kód garanta (u hospitaliz.):
Meno garanta:

Liečba CHT do:
Liečba RAT do:
Hormonálna terapia:
Diagnostická otázka:

Dátum operácie:
PSA inicálne (pri C61):
PSA posledné 3 hodnoty (pri C61):

Doterajšia liečba:

Plánovaná liečba:

Výška (cm): Váha (kg):

Aktuálna hladina kreatinínu:

Alergia na jód: Áno Nie
Imobilita: Áno Nie
Naliehavý termín: Áno Nie

DM : nediabetik
DM na diéte
metformín
inzulín

.....
Podpis pacienta

.....
Pečiatka a podpis lekára