

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:
ID u hospitalizovaného:
Oddelenie – tel. číslo:
Kód PZS a kód garanta (u hospitaliz.):
Meno garanta:

Liečba CHT do:

Dátum operácie:

Liečba RAT do:

PSA inicálne (pri C61):

Hormonálna terapia:

PSA posledné 3 hodnoty (pri C61):

Diagnostická otázka:

Doterajšia liečba:

Plánovaná liečba:

Výška (cm): Váha (kg):

Aktuálna hladina kreatinínu:

Alergia na jód: Áno Nie

DM : nediabetik

Imobilita: Áno Nie

DM na diéte

Naliehavý termín: Áno Nie

metformín

inzulín

.....
Podpis pacienta

.....
Pečiatka a podpis lekára