

## Žiadanka o intervenčné SKIA

Údaje pacienta:	Údaje lekára:
Meno: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena Priezvisko: Rodné číslo: Adresa:  Zamestnanie: Tel.číslo: E-mail: Kód ZP:	Pracovisko odosielajúceho lekára: Adresa:  Kód PZS a kód odosielajúceho lekára: Meno lekára: Tel.číslo / E-mail: +  Kód PZS a kód garanta: Meno garanta:
Id. DRG: <input type="checkbox"/> STATIM <input type="checkbox"/> Inf. súhlas <input type="checkbox"/> Samoplatca Gravidita            áno                            nie  Hmotnosť / Výška / BMI:	Dátum vystavenia žiadanky: Požadovaný dátum vyšetrenia: <b>Naplánovaný dátum a čas vyšetrenia:</b> <b>(výplňa RDG pracovisko)</b> Poznámka:

**POZOR: Termín na žiadanke je požadovaný indikujúcim lekárom, definitívny termín potvrdí RDG pracovisko NB a.s. Výsledky predchádzajúcich CT/MR vyšetrení s obrazovou dokumentáciou na CD/USB je potrebné doniesť na vyš.**

**Základná diagnóza:**

**Iné diagnózy, iné stavy predstavujúce riziko pre CT vyšetrenie a podanie jódovej kontrastnej látky:**

**Typ / rozsah požadovaného vyšetrenia:**

**Diagnostická otázka:**

**Epikríza (ochorenia, operácie, absolvovaná konzervatívna liečba, toxicita) - krátka anamnéza:**

**Alergologická anamnéza, alergia na jóid:**

**Krátky súhrn relev. laboratórných a zobraz. vyšetrení (RTG,USG,CT,MR):**

**Kreatinín / eGFR / INR a protrombínový čas:**

**Terajšie ochorenie - klinický nález:**

**Ostatné (zvýšený vnútroočný tlak, benígna hyperplázia prostaty, tachyarytmia):**

**Bol už pacient na CT vyšetrení? Kedy, kde, záver:**