Žádanka na PET/CT vyšetření

**Údaje o pacientovi**:

Jméno:        číslo pojištěnce:        pojišťovna:

Adresa:        telefon:

Výška:      hmotnost:      zákl. diagnóza:        ostatní dg.:

**Objednán k vyšetření na datum**:

**Požadavky na vyšetření** (zaškrtnout):

 radiofarmakum: [ ]  FDG [ ]  jiné:

 rozsah: [ ]  celotělové (od proximální třetiny stehen po bazi lební)

 **+** [ ]  horní končetiny [ ]  dolní končetiny [ ]  hlava [ ]  mozek

 typ CT vyšetření: [ ]  **s** i.v. kontrastem [ ]  **bez** i.v. kontrastu [ ]  **bez** i.v. kontrastu

 (vždy HD) standardní (HD) Low Dose (nižší zátěž)

**Předchozí PET či PET/CT vyšetření**: (kdy a kde)

**Poslední CT či MRI vyšetření**: (kdy a kde)

 [ ]  dostupná v PACS [ ]  dostupná na CD u pacienta

**Alergie**:

**Diabetik**: [ ]  ne [ ]  ano, způsob léčby: [ ]  dieta [ ]  PAD [ ]  inzulín

Kreatinin v séru:       (u pacientů s požadavkem na i.v. kontrast)

**Závažná porucha funkce jater/ledvin**: [ ]  ne [ ]  ano

**Tyreotoxikóza**: [ ]  ne [ ]  ano **Léčba radioizotopy jódu**: [ ]  ne [ ]  ano

**Pohybové omezení:** [ ]  ne [ ]  ano (sedačka, lehátko)

**Důvod vyšetření, co od něj očekáváte**:
(např. vstupní staging, monitorování odpovědi na léčbu, restaging, průkaz recidivy):

**Stručné údaje týkající se onemocnění pacienta, dosud provedených vyšetření a léčby:**(možno nahradit event. doplnit přiloženou kopií zprávy o ambulantním vyšetření nebo hospitalizaci):

**Předchozí léčba** [ ]  chemoterapie [ ]  radioterapie [ ]  operace [ ]  jiná

Termín:

Odesílající lékař:        telefon:        IČP:

Pracoviště a razítko:        odbornost:

 Datum požadavku: