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:  