

Žiadanka na vyšetrenie PET/CT s ligandami PSMA

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 inícálne (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

Imobilita: Áno Nie

Naliehavý termín: Áno Nie

DM : nediabetik
DM na diéte
metformín
inzulín

.....
Podpis pacienta

.....
Pečiatka a podpis lekára