

ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY A PET/CT

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

ozmnm@bnzlin.cz, tel.: 577 552 231, 577 552 239

ŽÁDANKA NA PET/CT VYŠETŘENÍ s radionuklidem ¹⁸F-FDG

(žádanku odešlete elektronicky, nebo poštou na oddělení nukleární medicíny)

Vyšetření objednáno na den: _____ hodinu: _____ čas příchodu na oddělení: _____

PACIENT:

Příjmení, jméno, titul :

Číslo pojišťence : Zdravotní pojišťovna :

Bydliště : Kontaktní telefon :

VYPLNÍ ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ:

Druh požadovaného vyšetření :

Trup s p.o.KL Trup s i.v.KL Mozek ORL oblast (jiné)

Spěchá : ANO NE Základní diagnóza : Kód dg.:

Vedlejší dg : Hmotnost : kg Výška : cm

Alergie: ANO NE , projevy alergie :

Diabetik: ANO NE , aktuální hladina glykémie : Těhotenství : ANO NE

Selhávání ledvin : ANO NE , aktuální hladina kreatinu : Kojení : ANO NE

Způsob dopravy: vlastní sanitním vozem Doprovod : ANO NE

Transport (vyberte jednu z možností) : dojde dojde s pomocí odnést vsedě odnést vleže

Pokud přijede pacient sanitním vozem, musí mít „příkaz ke zdravotnímu transportu“ i pro cestu zpět.

ODESÍLÁ :

Odesílající zdravotnické zařízení :

Jméno odesílajícího lékaře :

IČP lékaře : odbornost :

Kontakt na odesílajícího lékaře: telefon : e-mail :

ODDĚLENÍ NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY A PET/CT

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989

ozmnm@bnzlin.cz, tel.: 577 552 231, 577 552 239

STRUČNÝ PRŮBĚH PŘEDCHOZÍ TERAPIE:

Operace (související s diagnózou, udání času) :

Chemoterapie, radioterapie (s udáním ukončení léčby) :

Zánětlivé komplikace :

Poslední obdobné vyšetření : kdy : kde :

Zapůjčená obrazová dokumentace : ANO RTG film CD jiná

Pokud bylo provedeno vyšetření pomocí MR či CT, pacient si, prosím, přinese dokumentaci s sebou.

(na ONM preferujeme elektronické nosiče nebo zasláním přes PACS)

OČEKÁVANÝ PŘÍNOS VYŠETŘENÍ:

UPOZORNĚNÍ PRO INDIKUJÍCÍHO LÉKAŘE:

Vzhledem k tomu, že odesílající indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta ohledně plánovaného vyšetření, věnujte prosím, pozornost následujícím informacím:

- Nedílnou součástí žádanky je podepsaný **Informovaný souhlas pacienta s PET/CT vyšetřením**
- Pacient se musí dostavit včas, nedodržení času může způsobit, že pacient nebude vyšetřen!
- 1-2 dny před vyšetřením telefonicky kontaktujeme každého pacienta (je potřeba mít zapnutý telefon)
- Pacient musí být alespoň 6 hodin nalačno, ale zavodněn neslazenými nápoji (ne mléko)
- Diabetici ráno v den vyšetření neužívají inzulín ani jiné léky (s sebou vezmou inzulín, léky i jídlo)
- Pacienti užívající antiepileptika si ráno před vyšetřením léky užijí a zapijí čistou vodou
- Doporučujeme zachovat odstup alespoň 2 týdnů po ukončení chemoterapie a minimálně 3 měsíce od radioterapie
- Podrobnější informace najdete v: **POKYNECH PRO LÉKAŘE**
- **Zrušení objednávky vyšetření musí provést indikující lékař co možná nejdříve, aby bylo možno zařadit a připravit dalšího pacienta!**

POZNÁMKY :

Pacienta jsem poučil ohledně plánovaného vyšetření

Datum:

Podpis a razítko indikujícího, odesílajícího lékaře: