

ŽÁDANKA NA CT VYŠETŘENÍ

Počítačová tomografie - Radiodiagnostické oddělení ON Náchod

Objednání: den	hodina	
Indikaci schválil :		
CT protokol :		
Poznámky :		

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ!

Pacient	Indikující lékař (případně čitelné razítko)
Jméno :	Jméno:
Příjmení :	IČZ:
Adresa :	Telefon (mobil):
Email :	Email :
Rodné číslo:	Číselná diagnóza k vyšetření:
Pojišťovna:	Termín vyšetření sdělit :
Telefon pacienta (mobil) :	pacientovi/ ošetřujícímu lékaři telefonicky/písemně/emailem *
Slovní diagnóza k vyšetření :	
Druh vyšetření :	
<input type="checkbox"/> Výpočetní tomografie - CT	Oblast vyšetření :
Renální funkce (bez jejich znalosti není možné pacientovi podat k.l. IV pokud bude potřeba) :	
Kreatinin v séru (umol/l) :	Urea v séru (mmol/l) :
GFR :	Hmotnost a míra pacienta :
Alergická anamnéza :	
Pacientka těhotenství vylučuje : ano / ne	
Epikríza a osobní anamnéza ve vztahu k vyšetření :	
Klinická otázka, kterou má vyšetření zodpovědět :	
Výsledky předchozích vyšetření zobrazovacími metodami, pokud nebyla provedena naším zdravotnickým zařízením, tak uvést kde a kdy :	
Datum :	Razítko a podpis lékaře :

* nehodící se škrtněte