

ŽÁDANKA NA PET/CT VYŠETŘENÍ s radionuklidem PYLCLARI (PIFLUFOLASTAT-¹⁸F)

Termín vyšetření :

PACIENT:

Příjmení , jméno, titul :

Číslo pojištěnce: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště : Kontaktní telefon:

Požadované vyšetření : PET/CT trupu (od baze lební pod třísla, popřípadě uveďte další požadavky) :

Základní diagnóza : Kód dg.:

Vedlejší diagnóza :

Důvod vyšetření s krátkou anamnézou :

Datum operace :

Ukončení chemoterapie :

Ukončení radioterapie :

Jiné terapie :

Pokud má pacient provedena přechozí vyšetření zobrazovacími metodami, prosím zajistěte jejich zaslání do Nemocnice Nový Jičín a.s. nebo si je přinese pacient s sebou. (preferujeme zaslání via ePACS nebo REDIMED)

Výška (cm) :

Hmotnost (kg) :

Kreatinin :

Glomerulární filtrace :

V případě chybějících údajů o renálních funkcích bude CT část vyšetření provedena nativně s možnou menší diagnostickou výtežností.

Alergie: ne / ano

alergeny:

Způsob dopravy: ☐ vlastní ☐ sanitním vozem, **nutno zajistit příkaz k převozu i zpět z vyšetření**

Mobilita pacienta (plně soběstačný, s dopomocí, ležící atd.) :

Doprovod: ne / ano

ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ:

Odesílající zdravotnické zařízení :

IČP :

Razítko odesílajícího pracoviště :

Indikující lékař :

Tel.:

Heslo pro případnou tel. komunikaci :

Datum a podpis :

Fakultativní údaje dle Vašeho zvážení :

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:

- Žádanku odešlete elektronicky nebo faxem. Originál žádanky zašlete poštou nebo sebou přinese pacient na pracoviště nukleární medicíny
- Nedílnou součástí žádanky je podepsaný *Informovaný souhlas pacienta s PET/CT vyšetřením*
- Na žádanku uvést – lékař nebo pacient, heslo pro telefonickou komunikaci, bez hesla nebude sdělen výsledek vyšetření !!!
- Pacient se musí dostavit včas, nedodržení času může způsobit, že pacient nebude vyšetřen!
- U hospitalizovaného pacienta, pokud není samostatný, vyžadujeme doprovod, jestliže pacient bude bez doprovodu, nebude vyšetřen a nespotřebovaný materiál bude naúčtován zdravotnímu středisku odkud byl pacient poslán na vyšetření !!!
- 1-2 dny před vyšetřením telefonicky kontaktujeme každého pacienta (je potřeba mít zapnutý telefon)
- Pacient musí být před vyšetřením alespoň 4 hodiny nalačno, ale dobře hydratován
- Podrobnější informace najdete v: **POKYNECH PRO LÉKAŘE**
- **Zrušení objednání 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: