

Originál žádanky předejte na Oddělení nukleární medicíny:

- poštou: **Oddělení nukleární medicíny, B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice**
- e-mailem: **onm@nemcb.cz** (v takovém případě donese originál žádanky pacient v den vyšetření)

Žádanka na PET/CT vyšetření

Jméno a příjmení pacienta:

Adresa:

Rodné číslo:

Kontaktní telefon:

Pojišťovna:

Kód diagnózy (MKN):

Váha:

Výška:

Požadované vyšetření:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PET/CT s FDG | <input type="checkbox"/> PET/CT s FCh |
| <input type="checkbox"/> PET/CT s GA-PSMA | <input type="checkbox"/> PET/CT s GA-DOTATOC |
| <input type="checkbox"/> PET/CT s jiným RF: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CT jen nativně | |

Rozsah:

- | | | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> standard: od baze lebni po třetinu střežen | | |
| <input type="checkbox"/> + DK | <input type="checkbox"/> + HK | <input type="checkbox"/> + hlava |
| <input type="checkbox"/> cíleně: | <input type="text"/> | |

Otázka, která má být zodpovězena:

Relevantní anamnestická data:

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |
| <input type="text"/> |

Předchozí zobrazovací vyšetření + zajistěte dostupnost v PACS:

Alergie

ano ne

Specifikujte:

Renální insuficience

ano ne

Kreatinin:

Diabetes mellitus

ano ne

Těhotenství

ano ne

Odesílající zdravotnické zařízení:

Jméno odesílajícího lékaře:

IČP:

Telefon:

Datum:

Razítko, podpis: