

Žádanka na PET/CT vyšetření s ^{18}F PSMA (^{18}F -piplufolastat)

Povinně vyplňované údaje:

Jméno, příjmení, titul:

Rodné číslo:

Zdrav. pojišťovna:

Bydliště vč. PSČ:

Základní dg. slovy a číselně:

Telefon pacienta:

Ostatní dg. slovy:

Důvod požadavku (co od vyšetření očekáváte):

Výška (cm): hmotnost (kg):

Diabetes mellitus: ☐ ne ☐ ano ☐ dieta ☐ PAD ☐ inzulin

Hyperthyreóza: ☐ ne ☐ ano Kuřák: ☐ ne ☐ ano

Alergie: ☐ ne ☐ ano, jaké alergen(y)

Mobilita:

Datum operace:

chemoterapie:

radioterapie:

Jiná terapie:

Předchozí vyšetření: PET/CT (datum, místo):

CT nebo MRI (datum, místo):

Požadované vyšetření (zaškrtněte):

☐ PET/CT klasická (rozsah snímání od baze lební po třísla)

Vyšetření objednáno na den:

Fakultativní údaje dle Vašeho zvážení:

Indikující lékař:

tel.:

odbornost:

IČP:

Pracoviště a razítko:

Datum vystavení: