



ŽIADANKA NA VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU

Meno a priezvisko:		Rodné číslo:	
Bydlisko:		Kód poisťovne:	
Kontakt (telefón, e-mail):			
Odosielajúci lekár (meno, adresa, zdravotnícke zariadenie, telefón, e-mail/:			
Kód odosielajúceho lekára:		Kód oddelenia:	
Ktorý orgán sa má vyšetrit?:			
Užšia otázka:			
Termín vyšetrenia:		Hod.:	
Požadujete výsledok z CT vyšetrenia na CD?		<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Bol už pacient na CT vyšetrení:		<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Ak áno, kedy a kde, so záverom?:			
Epikríza:			
Diagnóza (slovom):		Štatistický kód:	
Výsledky iných zobrazovacích vyšetrení (RTG, USG, MR, PETCT, gamagrafia, iné):			
Alergická anamnéza:			
Hodnota sérového kreatinínu v umol/l (v prípade ochorenia obličiek):			
Potreba sedácie (v prípade klaustrofóbie, malých detí, nekludných pacientov):			
Upozornenie Žiadame o dôsledné dodržanie termínu, najmä čas vyšetrenia! Pacient nesmie byť najmenej 6 hodín pred vyšetrením. Pri vyšetrení orgánov dutiny brušnej nesmú črevné kľučky obsahovať báryovú suspenziu. Pri vyšetrení nekludných pacientov zabezpečiť sedáciu pacienta, resp. anesteziológa, u detí tiež lekársky doprovod. U gynekologických indikácií je nutné aplikovať zriedenou kontrastnou látkou nasiaknutý tampón hlboko vaginálne až do fornixu! Hospitalizovaní pacienti musia mať priložený chorobopis.			
Dátum:		Pečiatka a podpis indikujúceho lekára:	
Žiadanku prosíme vypísať v dvoch vyhotoveniach písacím strojom alebo na PC.			