

**Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s.**  
**Cesta k nemocnici 1, 97401 Banská Bystrica**

**Žiadanka o CT vyšetrenie**

Na oddelenie: CT pracovisko

Meno, priezvisko:..... Rodné číslo:..... Číslo ZP:.....  
Bydlisko (PSČ):.....  
Odosiel. Odd:.....  
.....

Dátum žiadanky:..... Email odosiel. lekára:.....  
Požadovaný termín vyšetrenia:..... Hod:..... Id. DRG:.....

**Skutočný termín vyšetrenia Vám bude oznámený.**

**Klinická diagnóza:**

**Alergologická anamnéza:**

**Kontraindikácia podania jódovej kontrastnej látky: (hypertyreóza, plánovaná liečba rádiojódom, RI)**

Užíva pacient lieky obsahujúce Metformin ?	ÁNO	NIE
Pred CT koronarografiou – môže byť podaný NTG ?	ÁNO	NIE
Pred CT koronarografiou – môže byť podaný Betablokátor ?	ÁNO	NIE
Obličkové parametre: hladina sérového KREATINÍN:.....	UREA:.....	
Ktorý orgán má byť vyšetrený ?		

**Otázka, ktorá má byť CT vyšetrením zodpovedaná:**

**Anamnéza:**

**Klinický nález (pri akútnych ťažkostiach uviesť dátum a hodinu vzniku):**

**Laboratórne výsledky:**

**Bol už pacient na rtg/CT vyšetrení ? Kedy, kde, záver (priložiť rtg dokumentáciu):**

Pacient najmenej 5 hodín pred termínom vyšetrenia nesmie jesť !

Podpis lekára  
a pečiatka: .....

Som si vedomý/á/ negatívnych účinkov ionizujúceho žiarenia, súhlasím s vyšetrením a s eventuálnym podaním kontrastnej látky.

Podpis pacienta: .....