

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:.....	eGFR:.....
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: