**Žádanka na PET/CT vyšetření s 18F FLUCICLOVINEM (Axumin)**

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

Hyperthyreoza: □ ne □ ano Kuřák: □ ne □ ano

PORT: □ ne □ ano

Alergie: □ ne □ ano, jaké alergeny

Mobilita:

Datum operace: chemoterapie: radioterapie:

Jiná terapie:

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

 CT nebo MRI (datum, místo):

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Požadované vyšetření (zaškrtněte):

□ PET/CT klasická od (baze lební po třísla, Low Dose CT)

Vyšetření objednáno na den: hodinu: Příchod na ONM (čas):

Fakultativní údaje dle Vašeho zvážení:

Indikující lékař: tel.: odbornost: IČP: