

## Žádanka na PET/CT vyšetření s <sup>18</sup>F FLUCICLOVINEM (Axumin)

Povinně vyplňované údaje:

Jméno, příjmení, titul:	Zdrav. pojišťovna:	
Rodné číslo:		
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: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulin		
Hyperthyreóza: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	Kuřák: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
PORT: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano		
Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> 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):		
<input type="checkbox"/> PET/CT klasická od (báze lební po třísla, Low Dose CT)		

Vyšetření objednáno na den:  
(čas):

hodinu:

Příchod na ONM

Fakultativní údaje dle Vašeho zvážení:

Indikující lékař:

tel.:

odbornost:

IČP: