

## Žádanka na PET/CT vyšetření s $^{18}\text{F}$ CHOLINEM

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

Hyperthyreóza: ☐ ne    ☐ ano    Kuřák: ☐ ne    ☐ ano

Alergie:                      ☐ ne    ☐ 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):

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

☐ PET/CT High Dose s event. i.v. aplikací kontrastní látky

urea:

kreatinin:

Vyšetření objednáno na den:

hodinu:

Příchod na ONM (čas):

Fakultativní údaje dle Vašeho zvažení:

Indikující lékař:

tel.:

odbornost:

IČP:

Pracoviště a razítko:

Datum vystavení: