

## Žiadamka na vyšetrenie

(vytlačiť dvojmo)

RTG  | CT  | MR  | USG  | MAMO  | DENZITO

Priezvisko, Meno:		Rodné číslo:
Výška:	Hmotnosť:	Kontakt /t.č., email/:
Pohlavie: muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>		
Bydlisko:		ZP kód:
Odosielajúci lekár:		
Kód PZS:	Kód lekára:	Kontakt:
Termín vyšetrenia:	Čas:	Termín oznámiť: Lekárovi <input type="checkbox"/> Pacientovi <input type="checkbox"/>
Klinická diagnóza, MKCH 10:		
Gravidita: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Dojčenie: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Bol pacient v minulosti na objednanom vyšetrení: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		
Kedy:	Kde:	
Oblasť/ orgán vyšetrenia:		
Užšia otázka:		
Potreba aplikácie kontrastnej látky iv.: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Nález na CD/DVD nosič: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Alergia v anamnéze: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>		Typ:
Riziko aplikácie kontrastných látok (riziková skupina) a typ antialergickej prípravy pacienta:		
Urea:	Kreatinín:	eGFR:
EPIKRÍZA:		

Dátum:

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára:

### **Informácia pre lekára:**

- Prosíme o dodržiavanie termínu vyšetrení a riadneho vyplnenia žiadanky vrátane informovaného súhlasu
- Indikujúci lekár zodpovedá za prípravu pacienta, vrátane poučenia o navrhovanom type vyšetrenia a negatívnych účinkoch ionizujúceho žiarenia na ľudský organizmus.
- K vyšetreniu je potrebné doložiť zdravotný záznam, chorobopis a hlavne dokumentáciu z predchádzajúcich RDG vyšetrení
- V prípade potreby sedácie pacienta je nutná dohoda a spolupráca s lekármi oddelenia OAMIS
- U žien vo fertilnom veku je nutná informácia o gravidite a dojčení

### **Odporúčaná premedikácia pacienta s rizikom alergie alebo precitlivenosti (polyvalentné alergie, astma bronchiale, alergie na jódomú kontrastnú látku):**

#### **PO**

**A**, Na báze **metylprednizolónu** (napr. Medrol 16mg tbl): **32 mg** metylprednizolónu **12 hodín** a **2 hodiny** pred podaním kontrastnej látky. Môže sa pridať **2 mg bisulepín** (napr. Dithiaden) **1h.** pred vyšetrením

**B**, Na báze **prednizónu** (napr. Prednison 20 mg a 5 mg tbl): **50 mg** prednizónu **13 hodín, 7 hodín a 1 hodinu** pred podaním kontrastnej látky. Môže sa pridať **2 mg bisulepín** (napr. Dithiaden) **1h.** pred vyšetrením

#### **IV**

**Hydrokortizón** (napr. Hydrocortison VUAB) - **200 mg 5h. a 1h.** pred vyšetrením. Môže sa pridať **2 mg bisulepín** (napr. Dithiaden) **1h.** pred vyšetrením