

ŽIADANKA O VYŠETRENIE RÁDIOFARMAKOM

Priezvisko a meno:*		Rod. číslo:*	
Adresa:*		Tel. pacienta:*	
Z.P.:*	Hmotnosť:* (kg)	Výška:* (cm)	
Odosielajúce zdravotnícke zariadenie:*			
Kód oddelenia:*			
Tel. kontakt odosielajúceho lekára:*			
Kód odosielajúceho lekára:*			
Druh požadovaného vyšetrenia:*			
<input type="checkbox"/> scintigrafia skeletu <input type="checkbox"/> scintigrafia mäkkých častí skeletu <input type="checkbox"/> imunoscintigrafia zápalov <input type="checkbox"/> perfúzna scintigrafia pľúc <input type="checkbox"/> ventilačná scintigrafia pľúc <input type="checkbox"/> lymfoscintigrafia sentinelových LU <input type="checkbox"/> lymfoscintigrafia končatín <input type="checkbox"/> dynamická scintigrafia obličiek <input type="checkbox"/> statická scintigrafia obličiek <input type="checkbox"/> nepriama rádionuklidová uroflowmetria <input type="checkbox"/> DaTScan <input type="checkbox"/> scintigrafia štítnej žľazy <input type="checkbox"/> scintigrafia prištítnych teliesok <input type="checkbox"/> dynamická scintigrafia slinných žliaz <input type="checkbox"/> iné _____			
Ktorá otázka má byť požadovaným vyšetrením zodpovedaná:*			
Diagnóza:*			MKCH-10:*

Doplňujúce klinické a laboratórne údaje:
Výsledky iných zobrazovacích metód (dátum, pracovisko):
Medikamentózna liečba:
Rádioterapia:
Operačné výkony:
Predchádzajúca diagnostická alebo terapeutická aplikácia rádiofarmák (dátum, druh, prípadne výška dávky):*

Dátum :*		Pečiatka a podpis lekára :*	
<i>Pacient objednaný na vyšetrenie</i>	<i>deň :</i>	<i>hodina :</i>	
*Údaj povinne vypísať !			Žiadanku vypíšte dvojmo a čitateľne !