

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ:

Příjmení a jméno pacienta:	Adresa pacienta:
Rodné číslo:	
Kód zdravotní pojišťovny:	Tel. číslo pacienta:
Klinická diagnóza číslem:	
Klinická diagnóza slovem a stručná epikríza:	
Oblast, kterou má CT vyšetřit:	
Očekávaný přínos CT Vyšetření (problém, který má CT řešit):	
Podezření na nedostatečnou funkci ledvin: ☐ ANO ☐ NE Hladina kreatininu: Ze dne: Gravidita: ☐ ANO ☐ NE Klaustrofobie: ☐ ANO ☐ NE	Alergie na jód či jodové preparáty: ☐ ANO ☐ NE Jiná alergie nebo astma: ☐ ANO ☐ NE Protialergická příprava Prednisonem: ☐ ANO ☐ NE jiným preparátem:
Jméno indikujícího lékaře: IČZ: Datum vystavení žádanky:	Čitelné razítko a podpis indikujícího lékaře:

Prosíme o dodání obrazové dokumentace předchozích CT vyš. (ePACS nebo CD) a výsledky dosavadních vyšetření (SONO, RTG, laboratorní testy, předchozí operační zákroky) vztahujících se k požadovanému CT vyš., pokud byla provedena v jiném zdravotnickém zařízení

Záznamy CT pracoviště:

Perorální příprava pac.:	Podpis radiologického asistenta:
Kontrastní látka i.v.:	Podpis lékaře- specialisty, který schválil indikaci k uvedenému lékařskému ozáření:
Proplach :fyziolog. roztokem 20 ml i.v. aqua pro inj.10 ml	