

HORNOORAVSKÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU 028 13 TRSTENÁ
CENTRÁLNE RÁDIODIAGNOSTICKÉ ODDELENIE

CT

ŽIADANKA O VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU

Presná adresa lekára, na ktorú treba doručiť výsledok CT vyšetrenia:

Pacient:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Kód poisťovne:

Odosielajúci útvar:

Anamnéza:

Tel. odosielajúceho lekára:

OBJEDNANÝ NA:

hod.:

Klinický nález:

Patologické laboratórne výsledky

Klinická diagnóza:

Štatistický kód

Predchádzajúce CT/RTG/UZ vyšetrenia (miesto, dátum, číslo vyš., záver):

Orgán, ktorý má byť vyšetrený:

Otázka, na ktorú má dať CT vyšetrenie odpoveď:

Kontraindikácia i.v. podania iódovej kontrastnej látky: (tyreotoxikóza, poškodenie obličiek a pod.):

Alergia:

Kontraindikácia celkovej anestézie (u detí):

Upozornenie:

Žiadame o dôsledné dodržanie termínu, najmä hodiny vyšetrenia. Pacient nesmie jesť najmenej 6 hodín pred vyšetrením. Hospitalizovaní pacienti musia mať priložený chorobopis a prípadnú rtg dokumentáciu.

NUTNÉ JE VYPLNIŤ VŠETKY RUBRIKY.

Poučenie a informovaný súhlas s vyšetrením počítačovou tomografiou

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á odosielajúcim lekárom o účele, povahe, následkoch, rizikách poskytnutia, ako aj o rizikách spojených s odmietnutím navrhovaných postupov.

Zároveň prehlasujem, že som lekárovi nezatajil žiadne vážnejšie ochorenia.

ŽENY: Potvrdzujem, že nie som si vedomá toho, že som gravidná a súhlasím s vykonaním CT vyšetrenia.

.....
podpis pacienta

Dátum:

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára: