

ŽÁDANKA NA CT VYŠETŘENÍ

Objednání: den	hodina
ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ!	
Pacient Jméno: Příjmení: Adresa:	Indikující lékař (případně čitelné razítko) Jméno: IČZ: Telefon (mobil):
Rodné číslo:	Číselná diagnóza k vyšetření:
Váha:	
Pojišťovna:	
Telefon pacienta (mobil):	
Slovní diagnóza k vyšetření:	
Alergická anamnéza:	
Druh vyšetření: <input checked="" type="checkbox"/> Výpočetní tomografie CT	Oblast vyšetření:
Renální funkce (bez jejich znalosti není možné pacientovi podat k.l. IV, pokud bude třeba): Kreatinin v séru (umol/l): Urea v séru (mmol/l):	
<i>Pozn.: U diabetiků, kteří mají aktuální hodnotu kreatininu vyšší než 100 umol/l (kategorie CKB G3b) je nutné 48 hod. před podání k.l. IV vysadit perorální antidiabetika /biguanidy/ pokud je užívají.</i>	
Epikríza a osobní anamnéza ve vztahu k vyšetření:	
Klinická otázka, kterou má vyšetření zodpovědět:	
Výsledky předchozích vyšetření: (CT, sono, rtg, laboratorní testy, předchozí operační zákroky atd.)	
Datum:	Razítko a podpis lékaře: