



Objednaný:

Dňa:

Čas:

Žiadanka o CT vyšetrenie

Pacient

Výška: cm, Váha:..... kg

Titul, Meno, Priezvisko:		Rodné číslo:					
Bydlisko(ulica, číslo, PSČ, mesto):							
Telefón:				Kód poisťovne:			
Klinická diagnóza:				Štatistický kód:			
Kreatinín :		μmol/l		Urea:			
ODOSIELAJÚCI LEKÁR							
Meno a priezvisko:				Kód lekára:			
Adresa ordinácie:							
Telefón:				Kód poskytovateľa:			
Bol už pacient na CT vyšetrení?		<input type="checkbox"/> áno		<input type="checkbox"/> nie			
Otázka, ktorá má byť zodpovedaná:							
<u>Ktorý orgán má byť vyšetrený :</u>							
Anamnéza:							
<p>Alergická anamnéza: (V prípade pozitívne pozitívnej alergickej anamnézy pripraviť pacienta podľa platnej vyhlášky. Písomne uviesť príp. farmakologickú /antialergickú prípravu!)</p>							
<p><i>Upozornenie na faktory zvyšujúce riziko nežiadúcej reakcie pri podaní kl patria :</i> Diabetes melitus, obličková nedostatočnosť ťažké kardiálne a pľúcne ochorenia, astma bronchiale, predchádzajúce reakcie na JKL, polyvalentné alergie ,detský a vysoký vek chorých, užívanie medformínu.</p>							

Výsledky iných zobrazovacích vyšetrení (RTG, UZ, gamagrafia, iné):

Príprava pacienta :

Na CT vyšetrenie prichádza pacient s prázdny žalúdkom, čo znamená nejest' najmenej 5 hodín pred vyšetrením, Prijímanie tekutín hydratácia je naopak žiadaná, maximálne však do 2 hodín pred vyšetrením. Pri vyšetrení malej panvy, retroperitonea a abdomenu je nutná perorálna kontrastná náplň kľučiek čreva, nasledovne:

1 ampulku (20 ml) Urografinu rozriediť v 1 litri vody, rozdeliť na 3 diely a piť:

⌚ **1. diel: 13 hod. pred vyšetrením.**

⌚ **2. diel: 6 hod. pred vyšetrením.**

⌚ **3. diel: 1 hod pred vyšetrením.**

Počas pitia už nič nejest'! (mimo diabetikov)

Pred vyšetrením malej panvy u ženy je potrebné zaviesť tampón namočený v riedenom kontraste (Urografin).

V prípade, že je potrebné vyšetriť pacienta s narušeným vedomím, motoricky nepokojného, malé dieťa, alebo pacienta so zlyhávajúcimi vitálnymi funkciami, je nutná sedácia pacienta, respektíve narkóza, po dohode a spolupráci s lekármi KAIM.

.....
Dátum

.....
Pečiatka a podpis odosielaajúceho
lekára

Ďakujeme Vám za zaslanie pacienta a starostlivé vyplnenie žiadanky.

Verifikácia nálezů:

Fotil:

Typ a množstvo podanej kont. látky:

(Head)

(Body)

Celková dávka (mGy.cm):