|  |  |
| --- | --- |
|  | **ŽIADANKA O VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIOU (CT)** |

****CT Prešov, s.r.o., Areál Fakultnej nemocnice s poliklinikou J.A.Reimana, Hollého 14, 081 81 Prešov

E-mail: [info@ctpresov.sk](mailto:info@ctpresov.sk), Tel: 051/7754146, 0918 888 183

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PACIENT:** | | | |
| Titul, Meno, Priezvisko : | |  | | | | Rodné číslo: |  |
| Bydlisko: (ulica, číslo, PSČ, mesto) | |  | | | | | |
| Kontakt: (Telefón, e-mail) | |  | E-mail: |  | | Kód ZP |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **LEKÁR:** | |
| Titul, meno, priezvisko: | |  | | Kód lekára: | A |
| Adresa zdravotníckeho zariadenia: | |  | | | |
| Kontakt: (Telefón, e-mail) | |  | | Kód zdrav. zariadenia | P |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TERMÍN VYŠETRENIA:** | | | |
| Predchádzajúce CT vyšetrenia: (kde, kedy, orgán vyšetrenia) | | |  | | | | |
| Termín vyšetrenia: | |  | | Termín oznámiť: | | □ LEKÁROVI | □ PACIENTOVI |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ŠPECIFIKÁCIA VYŠETRENIA:** | | | | |
| Klinická diagnóza (slovom): | | | |  | | | |
| Orgán / oblasť vyšetrenia: | | | |  | | | |
| Užšia otázka : | | | |  | | | |
| Hladina sérového kreatinínu v umol/l: | | | |  | eGFR ml/s: | |  |
| Epikríza: (ochorenia, operácie, výsledky relevantných predchádzajúcich rádiodiagnostických vyšetrení) | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Alergia: | |  | | | | | |
| Číslo DRG prípadu: | | |  | | | | |
| **Upozornenie:** Indikujúci lekár zodpovedá za prípravu pacienta vrátane poučenia o danom vyšetrení. Pred **CT vyšetrením** je nutné dostatočne (p.o. eventpar-enterálne) hydratovať pacienta! Minimálne 5 hodín pred vyšetrením nejesť, je možné piť vodu a užiť lieky. Na **CT enterografiu** je nutné prísť hodinu perd vyšetrením. Na **CT kolonografiu** 3 ni pred vyšetrením bezbytková strava a deň pred (popoludní) X-prep. (viď aj [www.ctpresov.sk](http://www.ctpresov.sk)). K CT vyšetreniu je neyhnutné si priniesť preukaz poistenca, žiadanku o vyšetrenie, zdravotnú dokumentáciu v písomnej a obrazovej forme (záznam predchádzajúcich vyšetrení na CD). | | | | | | | |

**ŽIADANKU PROSÍME VYPÍSAŤ V 2 VYHOTOVENIACH.**

Dátum vystavenia žiadanky: ................................................ Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára: .................................................................  
  
Ďakujeme Vám za odporúčanie pacienta a dôkladné vyplnenie žiadanky. Tešíme sa na ďalšiu spoluprácu. Tím pracoviska CT Prešov.