

**ŽIADANKA O VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU (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:      |  |
|                                      |  | Kód ZP:      |  |

**LEKÁR:**

|                                   |  |  |   |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Titul, meno, priezvisko:          |  | Kód lekára:  | A |
| Adresa zdravotnickeho zariadenia: |  |  |   |
| Kontakt: (telefón, e-mail)        |  | Kód zdrav. zariadenia:<br>(začína N,O,P,R,S,T alebo U) |   |

**TERMÍN VYŠETRENIA:**

|  |  |                 |   |
|--|--|-----------------|---|
| Predchádzajúce CT vyšetrenia:<br>(kde, kedy, orgán vyšetrenia) |  |                 |   |
| Termín vyšetrenia:   |  | Termín oznámiť: | <input type="checkbox"/> LEKÁROVI <input type="checkbox"/> 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 rádiologických vyšetrení)  |  |            |  |
|   |  |            |  |
| Alergia:  |  |            |  |
| Číslo DRG prípadu:  |  |            |  |
| <b>Upozornenie:</b> Indikujúci lekár zodpovedá za prípravu pacienta vrátane poučenia o danom vyšetrení. Pred <b>CT vyšetrením</b> je nutné dostatočne (p.o. eventpar-enterálne) hydratovať pacienta! Minimálne 5 hodín pred vyšetrením nejest', je možné piť vodu a užiť lieky. Na <b>CT enterografiu</b> je nutné prísť hodinu pred vyšetrením. Na <b>CT kolonografiu</b> 3 ni pred vyšetrením bezbytková strava a deň pred (popoludní) X-prep. (viď aj <a href="http://www.ctpresov.sk">www.ctpresov.sk</a> ). K CT vyšetreniu je nevyhnutné 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 odosielaajúceho lekára: .....

Ďakujeme Vám za odporúčanie pacienta a dôkladné vyplnenie žiadanky. Tešíme sa na ďalšiu spoluprácu. Tím pracoviska CT Prešov.