|  |  |
| --- | --- |
|  | **ŽIADANKA O VYŠETRENIE PRT (PERIRADIKULÁRNA TERAPIA)**  |

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

E-mail: 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 zdravotníckeho zariadenia: |  |
| Kontakt: (telefón, e-mail) |  | Kód zdrav. zariadenia: (začína N,O,P,R,S,T alebo U) |  |

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

|  |
| --- |
| **ŠPECIFIKÁCIA VYŠETRENIA:**  |
| Vyšetrenie: |  CT chrbtice (Th)+PRT CT chrbtice (C)+PRT CT chrbtice (L)+PRT CT chrbtice (S)+PRT |
| Aplikácia ozónu: |  ÁNO NIE |
| 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 hydratovať pacienta! Minimálne 5 hodín pred vyšetrením nejesť, je možné piť vodu a užiť lieky. Na **CT enterografiu** je nutné prísť hodinu pred vyšetrením. Na **CT kolonografiu** 3 dni pred vyšetrením bezzbytková strava a deň pred (popoludní) X-prep. (viď aj [www.ctpresov.sk](http://www.ctpresov.sk)). 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 odosielajúceho lekára: .................................................................

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