

ŽIADANKA O VYŠETRENIE PRT (PERIRADIKULÁRNA TERAPIA)

CT Prešov, s.r.o., Levočská 7, 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)	E-mail:	Kód ZP	

LEKÁR:

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

TERMÍN VYŠETRENIA:

Predchádzajúce CT vyšetrenia: (kde, kedy, orgán vyšetrenia)			
Termín vyšetrenia:	Termín oznámiť:	<input type="checkbox"/> LEKÁROVI	<input type="checkbox"/> PACIENTOVI

ŠPECIFIKÁCIA VYŠETRENIA:

Vyšetrovanie:	<input type="checkbox"/> CT chrbtice (Th)+PRT	<input type="checkbox"/> CT chrbtice (C)+PRT	<input type="checkbox"/> CT chrbtice (L)+PRT	<input type="checkbox"/> CT chrbtice (S)+PRT
Aplikácia ozónu:	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE		
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:				
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 nejest', 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). K CT vyšetreniu je nevyhnutné si priniesť preukaz poisťovne, žiadamku 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.