

DLP(mGy.cm):
k.l. i.v.:
k.l. parenterálně :
jiná léčiva:

den hodina p.o. p íprava od

indikaci schválil/a:
i.v. kanylaci provedl/a:
R.A.:
popis:

Žádanka na CT vyšetření**(Affidea Praha s.r.o.)****Objednávky na CT vyšetření - tel. 267090851 v době provozu CT (7:30 - 15:00).**

Šustova 1930, Praha 11 Chodov, 14800 fax.: 267090822 e-mail: objednanict@affidea-praha.cz

MHD: stanice metra "C" Chodov, výstup z vestibulu značen Poliklinika, 5 minut chůze po žlutým směrem podloubím.

ITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ!

<i>Příjmení:</i>		<i>Odesílající zařízení (případně itelným razítkem):</i>	
<i>Jméno:</i>	<i>titul:</i>		
<i>Rodné číslo:</i>		<i>Fax:</i>	<i>e-mail:</i>
<i>Zdravotní pojišťovna:</i>		<i>I Z: číslo odbornosti:</i>	
<i>Odesílající diagnóza slovy:</i>	<i>íslem:</i>	<i>Jmenovka a podpis lékaře:</i>	
<i>Alergické projevy v anamnéze:</i>			
<i>Alergie na jódy a jódomové preparáty:</i>		ANO	NE
<i>Podezření na nedostatečnou funkci ledvin:</i>	ANO	NE	
	<i>hladina kreatininu:</i>	<i>ze dne:</i>	
Oblast, kterou má CT vyšetřit:			
<i>Krátká Epikriza:</i>			
<i>Problém, který má CT vyšetření řešit:</i>			
<i>Výsledky předchozích vyšetření /především sono, rtg, laboratorní testy, předchozí operativní zákroky, atd./:</i>			
<i>Žádáme CT nález zaslat:</i>	<i>poštou</i>	<i>faxem</i>	<i>e-mailem</i>
	<i>MISE - POVYS</i>	<i>v rámci budovy</i>	
<i>Žádáme o obrazovou dokumentaci:</i> <i>(vyberte jen jednu variantu)</i>	<i>zapůjčení snímku na CD</i>		<i>vyzvedne pacient osobně</i>
	<i>zaslání snímku na PACS</i>		<i>➡ kam:</i>

Odesílající /indikující/ lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta před vyšetřením.

V případě nejasností ze strany lékaře i pacienta se prosím telefonicky obraťte na pracovníky CT oddělení na tel. 267 090 851.

Na webových stránkách www.affidea-praha.cz naleznete další podrobnosti i tuto žádanku.

Žádanka CT (ver. 01/2020)