

DLP(mGy.cm):

den

hodina

p.o. p íprava od

indikaci schválil/a:

k.l. i.v.:

i.v. kanylaci provedl/a:

k.l. parenteráln :

R.A.:

jiná lé iva:

popis:

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

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

MHD: stanice metra "C" Chodov, výstup z vestibulu zna en Poliklinika, ch ze podloubím kolem supermarketu BILLA.

ITELN VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKA !

<i>P íjmení:</i>		<i>Odesílající za ízení (p ípadn ítelným razítkem):</i>	
<i>Jméno:</i>	<i>titul:</i>		
<i>Rodné íslo:</i>		<i>Fax:</i>	<i>e-mail:</i>
<i>Zdravotní pojiš ovna:</i>		<i>I Z:</i>	<i>íslo odbornosti:</i>
<i>Odesílající diagnóza slovy:</i>	<i>íslem:</i>	<i>Jmenovka a podpis léka e:</i>	
<i>Alergické projevy v anamnéze:</i>			
<i>Alergie na jódi jódové preparáty:</i>		ANO	NE
<i>Podez ení na nedostate nou funkci ledvin:</i>	ANO	NE	
	<i>hladina kreatininu:</i>	<i>ze dne:</i>	
Oblast, kterou má CT vyšet it:			
<i>Krátká Epikriza:</i>			
<i>Problém, který má CT vyšet ení ešit:</i>			
<i>Výsledky p edchozích vyšet ení /p edevším sono, rtg, laboratorní testy, p edchozí opera ní zákroky, atd./:</i>			
<i>Žádáme CT nález zaslat:</i>	<i>poštou</i>	<i>faxem</i>	<i>e-mailem</i>
	<i>MISE - POVYS</i>	<i>nález vyzvedne pacient osobn v rámci budovy</i>	
<i>Žádáme o obrazovou dokumentaci:</i>	<i>zap j ení snímek na CD</i>	<i>vyzvedne pacient osobn</i>	
<i>(vyberte jen jednu variantu)</i>	<i>zaslání snímek na PACS</i>	<i>➡ kam:</i>	

Odesílající /indikující/ léka je zodpov dný za ádné vypln ní žádanky a pou ení pacienta p ed vyšet ením.

V p ípad nejasností ze strany léka e i pacienta se prosím telefonicky obra te na pracovníky CT odd lení na tel. 267 090 851.

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

Žádanka CT (ver. 07/2018)