

|                     |
|---------------------|
| DLP(mGy.cm):        |
| k.l. i.v.:          |
| k.l. parenterálně : |
| jiná léiva:         |

den hodina p.o. p íprava od

|                        |
|------------------------|
| léka :                 |
| R.A.:                  |
| i.v. kanylaci provedl: |

# Žádanka na CT vyšetření

(Affidea Praha s.r.o.)

Objednávky na CT vyšetření - tel. 267090851 v době provozu CT (7:30 - 17:30).

Šustova 1930, Praha 11 Chodov, 14800 tel.: 267090811 fax.: 267090822 e-mail: info@affidea-praha.cz  
 MHD: stanice metra "C" Chodov, výstup z vestibulu značen Poliklinika, 5 min. chůze p ímým směrem podloubím.

## ITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKA !

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

**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](http://www.affidea-praha.cz) naleznete další podrobnosti i tuto žádanku.

Žádanka CT (ver. 10/2015)