



ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ – RTG VYŠETŘENÍ

Pacient Jméno: <input type="text"/> Příjmení: <input type="text"/> Adresa: <input type="text"/>	Odesílající zařízení, kam bude nález zaslán: Jméno indikujícího lékaře, IČZ, odbornost: (event. čitelné razítko) <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/> Kód oddělení: <input type="text"/>
Rodné číslo: <input type="text"/>	Tel.pacienta: <input type="text"/>
Výška/Váha: <input type="text"/> Pojišťovna: <input type="text"/>	Diag. (MKN): <input type="text"/>
Požadujeme: <input type="checkbox"/> RTG vyšetření <input type="checkbox"/> CT vyšetření	
Pacient: <input type="radio"/> ambulantní pac. <input type="radio"/> hosp.pac. - kl. či tel: <input type="text"/>	Mobilita pacienta: <input type="radio"/> samostatný/á <input type="radio"/> inv.vozík <input type="radio"/> na lůžku <input type="radio"/> jiné omezení: <input type="text"/>
Další upozornění: <input type="text"/>	
Laboratorní vyšetření – Kreatinin: <input type="text"/> Zjištění alergické anamnézy a hladiny kreatininu je nezbytné pro vyšetření s intravaskulární aplikací kontrastní látky. Alergie: <input type="text"/>	
Stručná epikríza: <input type="text"/>	
Požadované RTG/CT vyšetření: <input type="text"/>	
Problém, který má RTG/CT vyřešit: <input type="text"/>	
Předchozí RTG vyšetření? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE Lze použít? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	Premedikace: <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE
Případnou relevantní obrazovou dokumentaci (včetně popisu) z jiného pracoviště, prosím, zašlete ePACSem či doručte na CD/DVD společně s žádankou. Obrazová dokumentace: <input type="radio"/> nepožadujeme <input type="radio"/> pacientovi na CD/DVD <input type="radio"/> zaslat ePACSem do: <input type="text"/>	
Žádající lékař níže vyplní zda pacientka má/nemá uvedenou kontraindikaci: Těhotenství lze vyloučit? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE <input type="text"/>	
POZOR: Vyloučení těhotenství je nezbytně nutnou podmínkou známou před provedením indikovaného vyšetření. Potvrzuji, že pacientka nemá výše uvedenou kontraindikaci.	
Veškeré informace jsou dostupné na webu kliniky nebo zde https://www.fnhk.cz/rdg/soubory-ke-stazeni ! V případě jakýchkoliv nejasností se, prosím, obraťte telefonicky (495 832 209) se svými dotazy na personál našeho oddělení.	
Datum: <input type="text"/>	Razítko a podpis lékaře: <input type="text"/>
Vyplní aplikující odborník: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Souhlasím s indikací: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Zdůvodnění nesouhlasu: <input type="text"/>
<input type="text"/> Jméno, příjmení a podpis aplikujícího odborníka	<input type="text"/>