



JESSENIUS - diagnostické centrum a.s.,

Pracovisko počítačovej tonografie / CT / , Špitálska 6, 950 01 Nitra,

Tel. 037/2850410-411, 037/6554658, 0911/043374, fax.037/6554656

e-mail: jessenius@jessenius.sk

http://www.jessenius.sk

ŽIADANKA O VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU

(Pri písomnom vyplňaní prosíme žiadanku vyplniť čitateľne a 2x)

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko :

Číslo DRG:

Poist'ovňa /zaškrtnite/: VŠZP: ZP Dôvera: UNION ZP: EUpacient?- ak áno, štát:

Iná-zahraničná: / ak áno, doložte kópiu EU kartičky poistenia z oboch strán /

Klinická diagnóza /slovom/:

Kód diagnózy pre poisťovňu:

Odosielajúci lekár :

Kód lekára pre poisťovňu:

Názov odosiel.PZS :

Kód PZS pre poisťovňu :

Indikácia /slovom/ :

Žiadame o vyšetrenie /systém, orgán/ :

Ide o neodkladnú zdravotnú starostlivosť? **ÁNO** **NIE**

Dátum vyšetrenia - vystavenia žiadanky:

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára

ZHODNOTENIE RIZIKA CIN / contrast media induced nephropathy / - prosíme indikujúceho lekára vyplniť kritériá CIN:

Hladina N-katabolitov - sérového kreatinínu :

Hmotnosť pacienta :

Hladina sérovej UREI :

Funkčné parametre obličiek - GF:

Osobná anamnéza / slovom uviesť ochorenia na ktoré s pacient lieči, operácie a iné skutočnosti ovplyvňujúce typ a spôsob vyšetrenia pacienta pri danej indikácii / :

Alergická anamnéza - príprava pacienta pri pozitívnej alergickej anamnéze:

Informovaný súhlas pacienta:

Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol poučený v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. o rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely, taktiež bol poučený o možnosti indukcie CIN , o rizikách a nežiadúcich účinkoch i.v. aplikácie jódovej kontrastnej látky o alternatívach diagnostického postupu a o všetkých ďalších plánovaných vyšetrovacích metódach .

Pacient bol zrozumiteľne a jednoznačne informovaný a poučený o možných následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia zdravotnej starostlivosti.

Pacient s navrhovanými postupmi súhlasí, čo potvrdzuje svojim podpisom. _____

Dátum a podpis pacienta:

ČESTNE PREHLASUJEM A PODPISOM POTVRDZUJEM, ŽE V ČASE CT VYŠETRENIA NIE SOM GRAVIDNÁ

/ženy vo fertilnom veku/!

Dátum a podpis pacientky:

UPOZORNENIA:

Pred CT vyšetrením je nutné adekvátne / p.o. event. parenterálne / hydratovať pacienta! Perorálny príjem tekutín do 3 hodín pred vyš.!

Pacient prichádza na CT vyšetrenie NALAČNO ! / p.o. príjme stravy do 5 hodín pred vyšetrením /

K CT vyšetreniu je nevyhnutné si priniesť preukaz poistenca, žiadanku o vyšetrenie, zdravotnú dokumentáciu v písomnej a obrazovej forme / eventuálne záznam predchádzajúcich vyšetrení na iných médiách – CD/.

Za porozumenie a akceptáciu nevyhnutných náležitostí ďakujeme.