

## ŽIADANKA O VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Adresa bydliska:	Kontakt (tel., e-mail):
Zdravotná poisťovňa:	Deň a hodina vyšetrenia:
Odosielajúci lekár (meno, adresa zdrav. zariadenia, oddelenia, telefón):	
Klinická diagnóza (slovom):	Štatistický kód :
Žiadame o vyšetrenie (systém, orgán) :	
Užšia otázka:	

Zhodnotenie rizika CIN (contrast media induced nephropathy) indikujúcim lekárom. Kritériá CIN vyplniť!

hmotnosť pacienta  kg hladina sérového kreatinínu  umol/l eGFR  ml/s dátum odberu

### Osobná anamnéza

(ochorenia, na ktoré sa pacient lieči, operácie a iné skutočnosti ovplyvňujúce typ a spôsob vyšetrenia pacienta pri danej indikácii)

Epikríza:

### Upozornenia:

Indikujúci lekár zodpovedá za prípravu pacienta vrátane poučenia o danom vyšetrení. Pred **CT vyšetrením** je nutné dostatočne (p.o. eventpar-enteráln.e) hydratovať pacienta! Minimálne 5 hodín pred vyšetrením nejest', je možné piť vodu a užiť lieky. Na **CT enterografiu** je nutné prísť hod.pred vyšetrením.Na **CT kolonografiu** 3 dni pred vyšetrením bezbytková strava a deň pred (popoludní) X-prep. (viď aj www.magnetct-tn.sk)K CT vyšetreniu je nevyhnutné si priniesť preukaz poistenca, žiadanku o vyšetrenie, zdravotnú dokumentáciu v písomnej a obrazovej forme (záznam predchádzajúcich vyšetrení na CD).

Dátum:	Podpis indikujúceho lekára:	Pečiatka
--------	-----------------------------	----------

### Poučenie a informovaný súhlas pacienta:

Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol zrozumiteľne poučený a informovaný v zmysle zákona č.576/2004 Z.z. §6 o účele, povahe a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných alternatívnych postupov a rizikách odmietnutia zdravotnej starostlivosti. Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol zrozumiteľne poučený a informovaný o rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely, taktiež bol poučený o rizikách a nežiaducich účinkoch podania jódovej kontrastnej látky do žily a zároveň súhlasí so spracovaním a použitím osobných údajov vrátane obrazovej dokumentácie pre potreby spoločnosti Alfamedia s.r.o. Pacient navrhovaným postupom porozumel a súhlasí, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Pacient navrhovaným postupom porozumel a súhlasí, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Dňa:	Podpis:
------	---------

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná.

Dňa:	Podpis:
------	---------