

**C.T.**

**Nemocnica s poliklinikou Prievidza**  
 so sídlom v Bojniciach  
 Nemocničná 2, 972 01 Bojnice

Rádiodiagnostické oddelenie - C.T. pracovisko, číslo tel. 046/5112 400

Kód zdravotnej poisťovne: .....	Názov a objem KL podanej pri CT vyšetrení i. v. .....ml	CTDI ..... mGy DLP ..... mGy x cm
------------------------------------	--	--------------------------------------

## ŽIADANKA O C. T. VYŠETRENIE

Meno a priezvisko..... Rodné číslo.....

Číslo poisťovne ..... Bydlisko (PSC).....

Odosielateľ – názov, kód PZS.....

.....

Objednaný dňa:..... o .....hodine.

**Pacient musí byť lačný a v prípade alergickej anamnézy pripravený nasledovne:**

**12 hod. pred podaním KL** Prednison 30 mg p.os, Dithiaden 2 tbl. á 2 mg p.os, Quamatel 20 mg tbl. p.os.

**2 hod. pred podaním KL** Prednison 30 mg p.os, Dithiaden 2 tbl. á 2 mg p.os, Quamatel 20 mg tbl. p.os.

Anamnéza :

Popis klinického nálezu:

Laboratórne výsledky:  
(okrem fyziol. hodnôt)

**Klinická diagnóza a číselný kód, ktorý MUSÍ zodpovedať typu požadovaného CT vyšetrenia.**

Predchádzajúce vyšetrenia (RTG dokumentáciu priložte, vrátíme) RTG (výsledky) + zdravotnú dokumentáciu:

Ultrazvukový nález:

Bol už pacient C. T. vyšetrený? Kedy? Kde?

Ktorý orgán má byť vyšetrený?

Otázka, ktorá má byť C. T. vyšetrením zodpovedaná?

Je z interného hľadiska kontraindikácia i. v. aplikácie jódových kontrastných látok (alergia, thyreotoxikóza, poškodenie obličiek) alebo u detí kontraindikácia celkovej anestézy?

*ÁNO	*NIE
------	------

Nehodiace sa prečiarknite!

Dátum:

Pečiatka, podpis a kód odosielajúceho lekára.

---

Ďakujeme za oznámenie operačného, histologického, ev. sekčného nálezu!  
Verifikácia nálezu:

---

Nález:

Dátum:

Bez zodpovedania všetkých otázok nebude pacient vyšetrený!