

Žiadanka na vyšetrenie

(vytlačiť dvojmo)

RTG | **CT** | **MR** | **USG** | **MAMO** | **DENZITO**

Priezvisko, Meno:		Rodné číslo:
Výška:	Hmotnosť:	Kontakt /t.č., email/:
Pohlavie: muž <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/>		
Bydlisko:		ZP kód:

Odosielajúci lekár:

Kód PZS:	Kód lekára:	Kontakt:
Termín vyšetrenia:	Čas:	Termín oznámiť: Lekárovi <input type="checkbox"/> Pacientovi <input type="checkbox"/>
Klinická diagnóza, MKCH 10:		

Gravidita: Áno Nie Dojčenie: Áno Nie

Bol pacient v minulosti na objednanom vyšetrení: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Kedy:	Kde:
Oblasť/ orgán vyšetrenia:	
Užšia otázka:	
Potreba aplikácie kontrastnej látky iv.: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nález na CD/DVD nosič: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Alergia v anamnéze: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Typ:
Riziko aplikácie kontrastných látok (riziková skupina) a typ antialergickej prípravy pacienta:	
Urea:	Kreatinín:
EPIKRÍZA:	

Dátum:

Pečiatka a podpis indikujúceho lekára:

Informácia pre lekára:

- Prosíme o dodržiavanie termínu vyšetrení a riadneho vyplnenia žiadanky vrátane informovaného súhlasu
- Indikujúci lekár zodpovedá za prípravu pacienta, vrátane poučenia o navrhovanom type vyšetrenia a negatívnych účinkoch ionizujúceho žiarenia na ľudský organizmus.
- K vyšetreniu je potrebné doložiť zdravotný záznam, chorobopis a hlavne dokumentáciu z predchádzajúcich RDG vyšetrení
- V prípade potreby sedácie pacienta je nutná dohoda a spolupráca s lekármi oddelenia OAMIS
- U žien vo fertilnom veku je nutná informácia o gravidite a dojčení

Odporúčaná premedikácia pacienta s rizikom alergie alebo precitlivenosti (polyvalentné alergie, astma bronchiale, alergie na jódovú kontrastnú látku):

Prednison tbl:	40 mg (12 hodín pred aplikáciou JKL) 20 mg (2 hodiny pred aplikáciou JKL)
+/- Bisulepín (Dithiaden) tbl. alebo	2 mg (1 hodinu pred aplikáciou JKL)
Hydrocortison IV	200 mg (5 hodín a 1 hodinu pred aplikáciou JKL) a
Bisulepín (Dithiaden) IV	1 mg (1 hodinu pred aplikáciou JKL)