

DLP(mGy.cm):

den

hodina

p.o. příprava od

indikaci schválil/a:

k.l. i.v.:

i.v. kanylaci provedl/a:

k.l. parenterálně:

R.A.:

jiná léčiva:

popis:

# Žádanka na CT vyšetření

**(Affidea Praha s.r.o.)****Objednávky na CT vyšetření - tel. 267090851 v době provozu CT (7:30 - 15:00).**

Šustova 1930, Praha 11 Chodov, 14800 fax.: 267090822 e-mail: objednanict@affidea-praha.cz

MHD: stanice metra "C" Chodov, výstup z vestibulu značen Poliklinika, 5 minut chůze přímým směrem podloubím.

**ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ !**

|  |                     |  |    |
|--|---------------------|--|----|
| Příjmení:  |                     | Odesílající zařízení (případně čitelným razítkem): |    |
| Jméno:   | titul:              |  |    |
| Rodné číslo:   | e-mail:             |  |    |
| Zdravotní pojišťovna:  | IČZ:                | číslo odbornosti:                                  |    |
| Odesílající diagnóza slovy:  | Číslem:             | Jmenovka a podpis lékaře:                          |    |
| Alergické projevy v anamnéze:  |                     |  |    |
| Alergie na jód či jódové preparáty:  |                     | ANO  | NE |
| Podezření na nedostatečnou funkci ledvin:  | ANO                 | NE   |    |
|  | hladina kreatininu: | ze dne:  |    |
| <b>Oblast, kterou má CT vyšetřit:</b>  |                     |  |    |
| Krátká Epikriza:   |                     |  |    |
| Problém, který má CT vyšetření řešit:  |                     |  |    |
| Výsledky předchozích vyšetření /především sono, rtg, laboratorní testy, předchozí operační zákroky, atd./:   |                     |  |    |
| Žádáme CT nález zaslat:    poštou    v rámci budovy    e-mailem    nález vyzvedne pacient osobně<br>elektronicky (eZpráva, CGM CLICKBOX, MISE)           |                     |  |    |
| Žádáme o obrazovou dokumentaci:    zapůjčení snímků na CD    vyzvedne pacient osobně<br>(vyberte jen jednu variantu)    zaslání snímků na PACS    ➡ kam: |                     |  |    |

**Odesílající /indikující/ lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta před vyšetřením.**

V případě nejasností ze strany lékaře či pacienta se prosím telefonicky obraťte na pracovníky CT oddělení na tel. 267 090 851.

Na webových stránkách [www.affidea-praha.cz](http://www.affidea-praha.cz) naleznete další podrobnosti i tuto žádanku.

Žádanka CT (ver. 01/2024)