

**ŽIADANKA NA VYŠETRENIE POČÍTAČOVOU TOMOGRAFIU - CT**

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 (orgán, oblasť):	
Užšia otázka:	

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

hmotnosť pacienta

kg hladina sérového kreatínu

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. eventučne parenterálne) hydratovať pacienta! Minimálne 5 hodín pred vyšetrením nejest', je možné piť vodu a užiť lieky. Na **CT enterografiu** je nutné prísť 1 hodinu pred vyšetrením. Na **CT kolonografiu** 3 dni pred vyšetrením bezzbytková strava a deň pred (popoludní) doporučujeme užiť X-prep sol. K CT vyšetreniu je nevyhnutné si priniesť preukaz poistenca, žiadamku na vyšetrenie, zdravotnú dokumentáciu v písomnej a obrazovej forme (záznam predchádzajúcich vyšetrení na CD).

Dátum:	Podpis odosielajúceho lekára:	Pečiatka:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**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. v zmysle platnej legislatívy.

Pacient navrhovaným postupom porozumel a súhlasí, tento súhlas potvrdzuje svojim podpisom.

Dňa:	Podpis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Pre pacientky:**

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná.

Dňa:	Podpis:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

