

## ŽIADANKA NA VYŠETRENIE:

RTG	CT	USG	Mamo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Označiť požadované!

Priezvisko:	Meno:	Rodné číslo:	č. zdrav. poisť.:
Bydlisko:			
Odosielajúci lekár:	Kód lekára:	Kontakt:	
Objednaný dňa:	Termín vyšetrenia - hodina:		
Klinická diagnóza:	Štatistický kód:		
Bol pacient na objednanom vyšetrení ? Kedy?		Kde?	
Oblasť / orgán vyšetrenia:			
Užšia otázka:			
Alergia v anamnéze:			
U pacientov s funkčnou poruchou obličiek doplniť aktuálnu hodnotu kreatinínu:			

Pri vyšetreniach , kde sa predpokladá aplikácia kontrastnej látky, u pacientov s alergiou na jód, polyvalentnou alergiou, astmou, predchádzajúce alergické reakcie na jódomú kontrastnú látku, je potrebné tieto údaje uviesť na žiadanke!

### EPIKRÍZA :

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----  
Indikujúci lekár (pečiatka, podpis)

### INFO PRE LEKÁRA

Upozornenie! Žiadame o dôsledné dodržanie termínu vyšetrenia. Indikujúci lekár zodpovedá za prípravu pacienta (vrátane poučenia pacienta o danom vyšetrení). Potrebné je pripojiť zdravotný záznam, chorobopis a najmä dokumentáciu z predchádzajúcich RDG vyšetrení. Nedostatočne vyplnená žiadanka nebude akceptovaná!

**MAMO** vyšetrenie: Kontraindikácia – tehotenstvo! Indikácia prevencie: Po 40 rokoch, pri pozit. RA nad 35 rokov. Nepoužiť dezodorant pred mamografickým vyšetrením.

**SONO** vyšetrenie: Na vyšetrenie brucha prichádza pacient nalačno, nepiť, nejest', nepoužívať žuvačku. Ostatné USG vyšetrenia bez prípravy a obmedzení. USG močového mechúra a panvy vypiť 0,5 – 1 l tekutín 1-2 hod. pred vyšetrením.

**CT** vyšetrenie: Na vyšetrenie prichádza pacient nalačno, to znamená, že aspoň 6 hodín pred vyšetrením nesmie jesť. Piť môže vodu a nesladený čaj. Diabetických pacientov treba nahlásiť pri objednávaní na vyšetrenie.

## Informovaný súhlas pacienta

Pacient alebo jeho zákonný zástupca bol poučený v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. o rádiologickom vyšetrení na diagnostické účely, taktiež bol poučený o rizikách a nežiadúcich účinkoch i.v. aplikácie jódovej kontrastnej látky, o alternatívach diagnostického postupu a o všetkých ďalších plánovaných vyšetrovacích metódach. Pacient bol zrozumiteľne a jednoznačne informovaný a poučený o možných následkoch a rizikách poskytnutia i odmietnutia zdravotnej starostlivosti. Pacient s navrhovanými postupmi súhlasí, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Čestne prehlasujem, že v čase vyšetrenia nie som gravidná: (ženy vo fertilnom veku)

Dňa: .....

Podpis pacienta: .....

Za porozumenie a akceptáciu nevyhnutných náležitostí ďakujeme!