Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
U Nemocnice 980
757 01 Valašské Meziříčí

Žádanka k CT vyšetření

Jméno, příjmení:	
Rodné číslo:	
Pojišťovna:	
Bydliště:	
Zákonný zástupce/ r.č.	

Datum vyšetření: Hodina:

Objednán dne:

IPČ: odbornost:

Základní dg:

Klinická dg slovy:

Požadovaná oblast vyšetření:
(upřesněte očekávaný výsledek vyšetření)

Alergická anamnéza:
☐ jód ☐léky ☐| potraviny ☐asthma
☐ senná rýma ☐ jiné - uvést slovně:

Další dg - zaškrtnout:
☐porucha funkce ledvin ☐ diabetes mellitus ☐ závažná nemoc srdce
☐ zvýšená funkce štítné žlázy ☐ myelom ☐ feochromocytom
☐gravidita

Příprava pacientů bez předpokládaného podání kontrastní látky: žádná
(CT vyšetření mozku, páteře)
Příprava pacientů s předpokládaným podáním kontrastní látky: *viz. tiskopis Premedikace k CT vyšetření...*

Odesílající ambulance: **podpis, razítko:**