Skupina vyšetření: **PET/MR mozku s FDG** Typ vyšetření: **FDG (glykolýza tumoru) + MR**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*adresa pacienta telefon pacienta hmotnost*

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*dohodnuté datum a čas vyšetření odbornost IČP odesílajícího lékaře kód dg.*

Těhotenství/kojení\*: ANO/NE Kardiostimulátor/defibrilátor\*: ANO/NE

Srdeční elektroda\*: ANO/NE Kochleární implantát\*: ANO/NE

Neurostimulátor\*: ANO/NE Endoprotéza/dlahy/šrouby\*: ANO/NE

Cévní svorky\*: ANO/NE Diabetes\*: ANO/NE

Jiné cizí těleso\*: ANO/NE *(jaké . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .)*

Klaustrofobie\*: ANO/NE Alergie na MR kontrastní látku\*: ANO/NE

Renální insuficience\*: ANO/NE Clearance kreatininu: . . . . . . . . . . mol/l *(doplňte)*

*\*Nehodící se škrtněte; při jakékoliv kladné odpovědi předem kontaktujte pracovníky PET centra.*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: