Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (FDG + i.v.KL)** Typ vyšetření: **ORL cíleně s KL + trup nativ**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta telefon hmotnost*

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

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

Těhotenství/kojení\*: ANO/NE Alergie na jód\*: ANO/NE S-kreatinin: . . . . . . . . mol/l

Medikace biguanidy\*: ANO/NE Diabetes\*: ANO/NE Feochromocytom\*: ANO/NE

Thyreotoxikóza\*: ANO/NE Krevní nemoc\*: ANO/NE Jaterní/srdeční insuf.\*: ANO/NE

*\*Nehodící se škrtněte*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: