Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (PSMA-11)** Typ vyšetření: **CA prostaty**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta telefon pacienta hmotnost*

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

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

Žádám navíc o doplnění multiparametrické MR/PET prostaty: ANO NE Nechám na vás

*Pokud mpMR neodmítáte, vyplňte a v případě jakékoliv kladné odpovědí kontaktujte pracovníky PET centra:*

Cévní svorky\*: ANO/NE Kardiostimulátor/defibrilátor\*: ANO/NE

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

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

Důvod vyšetření: vstupní staging při Gleason >= 3+4 nebo PSA > 20 ng/ml

recidiva

před radionuklidovou terapií

Poslední PSA: ……… g/l k datu ………….

Upřesnění požadavku a epikrisa: