Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (FCV)** Typ vyšetření: **Recidiva CA prostaty**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta telefon hmotnost*

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

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

Důvod vyšetření:

Detekce recidivy karcinomu prostaty u dospělých mužů na základě zvýšených hladin prostatického specifického antigenu (PSA) v krvi po primární kurativní léčbě.

Upřesnění požadavku a epikrisa:

Primární kurativní léčba: RAPE\* / RT\* k datu: . . . . . . . . . . . . . . Poslední RT k datu: . . . . . . . . . . . . . . .

*\*Nehodící se škrtněte*

Nadir PSA: . . . . . . . . g/l k datu : . . . . . . . . . . . . . Poslední PSA: . . . . . g/l k datu: . . . . . . . . . . . . . . .

Doplňte další relevantní údaje: