Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (F-cholin)** Typ vyšetření: **Příštítná tělíska**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta telefon hmotnost*

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

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

Indikační kritérium dle [OOP 02-22 SÚKL](https://www.sukl.cz/sukl/oop-02-22-stanoveni-vyse-a-podminky-uhrady-individualne?highlightWords=radiofarmak): k lokalizaci adenomu či hyperplázie příštítných tělísek při podezření na primární hyperparatyreózu s výhledem chirurgického řešení při nekonkluzivním závěru ultrasonografie.

Těhotenství/kojení\*: ANO/NE *\*Nehodící se škrtněte*

Důvod vyšetření:

Upřesnění požadavku a epikrisa: