Skupina vyšetření: **PET/MR(CT) mozku** Typ vyšetření: **FMM/FBB (amyloidový sken)**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta mobilní telefon pacienta hmotnost*

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

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

Kontraindikace MR: ANO[ ]  / NE[ ]  Hůře spolupracující pacient: ANO[ ]  / NE[ ]

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[ ]  Klaustrofobie: ANO[ ]  / NE[ ]

Jiné cizí těleso: ANO[ ]  / NE[ ]  *jaké:* *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

*Při jakékoliv kladné odpovědi předem kontaktujte pracovníky PET centra. Podmínkou indikace je splnění indikačních kritérií dle* [*OOP 02-25 SÚKL*](https://eud.sukl.gov.cz/pub/deska/40000001/athena/25V001N2%40SUKLAA/25D004DT%40SUKLAA/OOP%2002-25.pdf)*.*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: