Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (F-cholin)** Typ vyšetření: **výstavba membrán**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta mobilní telefon pacienta 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

Důvod vyšetření:

hyperparatyreóza  hepatocelulární CA  jiný:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Upřesnění požadavku a epikrisa: