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: