Skupina vyšetření: **PET/MR mozku s FDG** Typ vyšetření: **FDG (glykolýza tumoru) + MR**

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

*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:* *. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .*

Renální insuficience: ANO / NE Alergie na MR kontrast. látku: ANO / NE

Clearance kreatininu: *. . . . . . . . . . . .* mol/l

*Při jakékoliv kladné odpovědi předem kontaktujte pracovníky PET centra.*

Důvod vyšetření, upřesnění požadavku a epikrisa: