Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (PSMA-11)** Typ vyšetření: **CA prostaty**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta mobilní telefon pacienta hmotnost*

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

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

Žádám navíc o doplnění multiparametrické MR/PET prostaty: ANO[ ]  /NE[ ]

*Doplnění PET/MR je vhodné u vstupního stagingu, nebyla-li MR provedena separátně, a dále v případě susp. recidivy při nižších hodnotách PSA po totální prostatektomii. Požadavek na doplnění MR/PET explicitně uveďte už při objednání a zakroužkujte platné odpovědi:*

Kontraindikace MR: ANO[ ]  / NE[ ]  Alergie na MR kontrast. látku: 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[ ]  Clearance kreatininu: *. . . . . . . . . . . .* mol/l

Důvod vyšetření: [ ] vstupní staging u vysoce rizikového CA prostaty

 [ ]  laboratorní recidiva [ ]  před zvažovanou radionuklidovou terapií u mCRPC

Poslední PSA: . . . . . . . . g/l k datu . . . . . . . .

Upřesnění požadavku a epikrisa: