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: