



Žiadanka o nukleárno-kardiologické vyšetrenie

Meno a priezvisko:*		Rod.č.:*	
Adresa:*		Tel. pacienta:*	
Z.P.:*		Hmotnosť:*	kg
		Výška:*	cm
Odosielajúce zdravotnícke zariadenie:*			
Kód oddelenia (ambulancie):*			
Tel. kontakt na odosielajúceho lekára:*			
Kód odosielajúceho lekára (ak je ním lôžkový lekár, uveď te kód primára oddelenia!):*			
Druh požadovaného vyšetrenia:*	<input type="checkbox"/> 1. Zátťažovej perfúzie myokardu <input type="checkbox"/> 2. Viability myokardu <input type="checkbox"/> 3. Zátťažovej ventrikulografie <input type="checkbox"/> 4. Kl'udovej ventrikulografie		
Zátťaž:*	<input type="checkbox"/> 1. Treadmil / ergometer <input type="checkbox"/> 2. Farmakologická		
Klinická diagnóza:*			
		MKCH:*	
Ktorá otázka má byť požadovaným vyšetrením zodpovedaná:*			
Terapia:*			
Vysadená pred vyšetrením:*			
Kl'udové EKG (len abnormity):*			
Ergometria - dátum:*		W/METS:*	
Stručný záver:*			
Echokardiografia (stručný záver):*			
Revaskularizácia:	rok:*	typ výkonu:*	
Predchádzajúce vyšetrenia:*	nukl.-kard.		
Predchádzajúce diagnostická alebo terapeutická aplikácia radiofarmak (dátum, druh):			
Dátum:*		Pečiatka a podpis lekára:*	
Pacient objednaný na vyšetrenie na deň:		hodinu:	

UPOZORNENIE:

- ergometria okrem špecifických indikácií je podmienkou vyšetrení 1-3
- termín oznámime pacientovi písomne alebo telefonicky
- za prípravu pacienta je zodpovedný odosielajúci lekár/ oddelenie (vysvetlenie podstaty vyšetrenia, úpravu medikácie - ak to umožňuje zdravotný stav pacienta, vysadenie liekov s možným vplyvom na výsledok vyšetrenia - nitráty, betablokátory, Ca- antagonisti...)

* Údaj je povinný!