



Žiadanka o vyšetrenie CNS rádiofarmakom

Meno a PRIEZVISKO:*		Rod. č.:*		
Adresa:*		Tel. pacienta:*		
Z.P.:*	Hmotnosť:*	kg	Výška:*	cm
Odosielajúce zdravotnícke zariadenie:*				
Názov a KÓD oddelenia (ambulancie):*				
Kód odosielajúceho lekára (ak je ním lôžkový lekár, uveďte kód primára!):*				
Kontakt na odosielajúceho lekára: * telefón:		e-mail:		
Klinická diagnóza ak iná ako niektorá z uvedených pre DaT sken:*		MKCH-10:*		
Parkinsonova choroba <input type="checkbox"/>	Esenciálny tremor <input type="checkbox"/>	Ochorenie z okruhu PS+ <input type="checkbox"/>	Ochorenie LBD <input type="checkbox"/>	
Vyznačte druh požadovaného vyšetrenia CNS: * DAT SKEN (presynapsa) <input type="checkbox"/> IBZM (D2 receptory) <input type="checkbox"/>				
SPECT regionálneho prietoku mozgom (rCBF) <input type="checkbox"/> Izotopová cisternografia na detekciu úniku likvoru <input type="checkbox"/>				
Dôvod indikácie k vyšetreniu - ktorá otázka má byť požadovaným vyšetrením zodpovedaná: *				
Nie je odpoveď na dopaminergnú liečbu <input type="checkbox"/> Atypický priebeh <input type="checkbox"/> Iné (uviesť podrobne):				
Prítomnosť poruchy dopaminergného transportu predpokladám s pravdepodobnosťou na % označte krížikom svoj predpoklad: 81-100% <input type="checkbox"/> 61-80% <input type="checkbox"/> 41-60% <input type="checkbox"/> 21-40% <input type="checkbox"/> 0-20% <input type="checkbox"/>				
Doplňujúce klinické a laboratórne údaje:				
Výsledky iných zobrazovacích metód, CT – MRI – SONO – popíšte, ak je prítomný ložiskový nález:				
LIEČBA v čase vyšetrenia: L-DOPA <input type="checkbox"/> Agonisti dopamínu <input type="checkbox"/> Inhibítory MAO-B (selergin) <input type="checkbox"/>				
Anticholinergiká <input type="checkbox"/> Iná medikamentózna liečba: <input type="checkbox"/> Ostatné: vymenuj:				
LIEKY interferujúce so skenom- ak ÁNO vymenujte ktoré:				
Operačné výkony / trauma – typ a lokalizácia:				
Bol pacient vyšetrený / liečený pomocou rádiofarmaka (kde, dátum a typ vyšetrenia/liečby):				
Dátum:*	Pečiatka a podpis lekára:*			
Pacient objednaný na vyšetrenie na deň vyplní pracovník INMM, keď sa pacient príde objednať.		hodinu:		

* Údaj je povinný! Alternatívny výber označte krížikom do štvorčekov

Ak objednávate viac typov vyšetrení, pre každé je potrebné vyplniť samostatnú žiadanku – dvojmo.