



Žiadanka o ventilačno-perfúznú scintigrafiu pľúc

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, uveďte kód primára oddelenia!):*		
Klinická diagnóza:*		
MKCH:*		
Iné relevantné ochorenia (nehodiace sa škrtnite):*		
CHOCHP , astma, varixy, trombofilný stav, onkologické ochorenia		
Ktorá otázka má byť požadovaným vyšetrením zodpovedaná: * potvrdiť/vylúčiť? PE		
Potvrdenie / vylúčenie recidivy	Prítomnosť reperfúzných zmien	Ukončenie / zmena liečby

Doplňujúce klinické a laboratórne údaje: * D-diméry hodnota...../nevyšetrené	
Výsledky iných zobrazovacích metód (ak neboli realizované, škrtnite): * CT angio	
Echokardiografia:	
Antitrombotická liečba:	
Iná medikamentózna liečba:	
Rádioterapia:	
Operačné výkony s imobilizáciou, ktorá by mohla súvisieť so suponovanou diagnózou:	
Predchádzajúca diagnostická alebo terapeutická aplikácia rádiofarmák (dátum, druh vyšetrenia):	
Dátum:*	Pečiatka a podpis lekára:*
Pacient objednaný na vyšetrenie na deň:	hodinu:

* Údaj je povinný!

Vyhlasujem, že som bol/a, ako dotknutá osoba, informovaný/á o tom, že osobné údaje, ktoré som uviedol/a vyššie bude spracúvať Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, so sídlom Rastislavova 43, 042 53 Košice (prevádzkovateľ) na základe svojho oprávneného záujmu a za účelom poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Prevádzkovateľ ma zároveň informoval o tom, že externým výkonom zodpovednej osoby poveril spoločnosť osobnyudaj.sk – www.osobnyudaj.sk, ako aj o tom, že viac informácií o ochrane osobných údajov nájdem na webovom sídle prevádzkovateľa – www.inmm.sk, v sekcii O nás – ochrana osobných údajov.