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

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta telefon pacienta hmotnost*

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

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

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

*Požadavek na MR/PET explicitně uveďte už při objednání a zakroužkujte platné odpovědi:*

Cévní svorky: ANO/NE Kardiostimulátor/defibrilátor: ANO/NE

Srdeční elektrody: ANO/NE Kochleární implantát: ANO/NE

Neurostimulátor: ANO/NE Endoprotéza/dlahy/šrouby: ANO/NE

Jiné cizí těleso: ANO/NE *(jaké: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . )*

Klaustrofobie: ANO/NE Alergie na MR kontrastní látku: ANO/NE

Renální insuficience: ANO/NE Clearance kreatininu: . . . . . . . . . . mol/l *(doplňte)*

*V případě jakékoliv kladné odpovědi předem kontaktujte pracovníky PET centra.*

Důvod vyšetření: vstupní staging při Gleason >= 3+4 nebo PSA > 20 ng/ml

recidiva  před radionuklidovou terapií

Poslední PSA: ……… g/l k datu ………….

Upřesnění požadavku a epikrisa: