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: