Skupina vyšetření: **PET/CT trupu (F-cholin)** Typ vyšetření: **výstavba membrán**

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

*jméno, příjmení, tituly pacienta číslo pojištěnce pojišťovna*

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

*adresa pacienta telefon hmotnost*

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

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

Těhotenství/kojení\*: ANO/NE Alergie na jód\*: ANO/NE S-kreatinin: . . . . . . . . mol/l

Medikace biguanidy\*: ANO/NE Diabetes\*: ANO/NE Feochromocytom\*: ANO/NE

Thyreotoxikóza\*: ANO/NE Krevní nemoc\*: ANO/NE Jaterní/srdeční insuf.\*: ANO/NE

*\*Nehodící se škrtněte*

Důvod vyšetření *(zaškrtněte)*:

* hyperparatyreóza
* hepatocelulární CA
* jiný:

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

Upřesnění požadavku a epikrisa: