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 prostaty: ANO/NE

*Doplnění PET/MR je vhodné u vstupního stagingu, nebyla-li MR provedena separátně, a dále v případě susp. recidivy při nižších hodnotách PSA po totální prostatektomii. Požadavek na doplnění 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 u vysoce rizikového CA prostaty

laboratorní recidiva  před zvažovanou radionuklidovou terapií u mCRPC

Poslední PSA: ……… g/l k datu ………….

Upřesnění požadavku a epikrisa: