

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

НАПРАВЛЕНИЕ-ПУТЕВКА №__ В РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР. ГАУЗ ТО «МКМЦ» Медицинский город»

по полису ОМС, по договору

Телефон для записи +7 (3452) 520-301, 270-635

пациент направляется на **ПЭТ/КТ** диагностику:



- с 18 F-ФДГ (фтордезоксиглюкозой) (всего тела)
- с 11-С холином (предстательная железа)
- с 11-С метионином (образования головного мозга)

СМК _____ Серия _____ Номер полиса _____

Наименование учреждения, направившего пациента _____

Ф.И.О. пациента: _____

Дата рождения: _____

Контактный телефон: _____

Адрес: _____

Диагноз: _____

Дата формирования записи: _____

Председатель ВК или заведующий поликлиникой, зам.главного врача: _____

Назначенное время начала исследования может быть смещено по техническим причинам, явка пациента на исследование согласно предварительной записи.

ВЫДАЧА РЕЗУЛЬТАТА ПЭТ/КТ ПРОИЗВОДИТСЯ НЕ РАНЕЕ 24 ЧАСОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.

« ____ » _____ 202__ г.

Лечащий врач

должность

Ф.И.О.

подпись

М.П.

К направлению обязательно предоставить выписку из амбулаторной карты и анализами!