

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

НАПРАВЛЕНИЕ № _____

на позитронно - эмиссионную томографию, совмещенную с рентгеновской компьютерной томографией в ГАУЗ ТО «МКМЦ» Медицинский город»

г. Тюмень ул. Юрия Семовских, д.12 (радиологический центр)

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

Сайт учреждения: www.medgorod.info

Наименование учреждения, направившего пациента: _____

пациент направляется на ПЭТ/КТ: _____

Ф.И.О пациента: _____

Дата рождения: _____

Место жительства: _____

Контактный телефон: _____

Страховая организация: _____

Серия _____

Номер полиса _____

К какому специалисту направлен пациент: _____

Основной диагноз: _____

Код диагноза по МКБ-10, полный диагноз со стадией по TNM (если применимо): _____

Гистологический диагноз: _____

Сопутствующие заболевания _____

Даты лечения по данному заболеванию: _____

Вес, рост пациента _____

Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке:

Данные инструментальных методов исследования (с указанием даты) _____

Цель исследования (нужное подчеркнуть):

- первичное стадирование;
- контроль эффективности лечения;
- выявление прогрессирования/рецидива.

Обоснование : _____

Дата направления на исследование: « ____ » « _____ » 20 г.

Лечащий врач _____

Заведующий отделением или председатель ВК _____

Заместитель главного врача _____

« ____ » _____ 202__ г.

М.П.