Департамент здравоохранения Тюменской области.

НАПРАВЛЕНИЕ-ПУТЕВКА №_____

Для направления в Радиологический центр

ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город»

на проведение

ПЭТ/КТ-диагностики

СТИНТИГРАФИИ

ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТОРНОЙ ТОМОГРАФИИ

РАДИОНУКЛИДНОЙ ТЕРАПИИ (при диффузно – токсическом зобе)

Нужное подчеркнуть

Телефон для записи пациентов по полису ОМС (3452) 270-635

Телефон для записи на платной основе (3452) 270-618

СМК_____ Серия_____ Номер полиса_____

Наименование учреждения, направившего пациента _____

_____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения_____

Контактный телефон_____

Адрес_____

Клиническая информация, которую необходимо получить (*подчеркнуть*): первичное стадирование, локализация опухоли/рецидива, оценка остаточной опухоли, оценка ответа на терапию, радиотерапия, другие (*указать*)_____

Профиль пациента (*отметить*): ☐ онкологический, ☐ эндокринологический, ☐ неврологический, ☐нейрохирургический, ☐гематологический.

Область обследования (*отметить*): ☐ головной мозг, ☐ всего тела, ☐ всего тела и конечностей (только пациентам с диагнозом меланома или поражением на уровне конечностей)

Радиофармпрепарат (*отметить*): ☐ 18F-ФДГ (пациентам с диагнозом эпилепсия для исследования головного мозга, пациентам онкологического профиля для исследования всего тела или всего тела с конечностями), ☐ 11С-метионин (пациентам с диагнозом опухолей головного и спинного мозга), ☐11С-холин (пациентам с диагнозом bl простаты для исследования всего тела и пациентам с диагнозом первичный гиперпаратиреоз для поиска аденом паращитовидных желез).

Основной диагноз_____

_____

Сопутствующий диагноз_____

_____

_____(*пациентам страдающим сахарным диабетом указать цифры сахара крови, при повышении более 10 ммоль/л предварительная консультация эндокринолога*)

Основные данные о развитии и течении настоящего заболевания_____
_____
_____

Данные осмотров узких специалистов_____
_____
_____

Данные лабораторных, функциональных и других диагностических исследований с указанием даты_____
_____
_____

Лечебно-профилактические мероприятия, проведенные онкобольному, с указанием дат, (оперативное, лучевое лечение, химиотерапия)
_____

(N.B.! проведение ПЭТ/КТ не ранее 3 недель после окончания курса ХТ, не ранее 4 недель после ЛТ, не ранее 2 месяцев после оперативного вмешательства. При установленных осложнениях после ЛТ либо в послеоперационном периоде, 3 недели от даты купирования симптомов).

Дата формирования записи_____
Председатель ВК или зав. поликлиникой, зам. главного врача_____

Назначенное время начала исследования может быть смещено по техническим причинам, явка пациента на исследование необходима в указанное в памятке время.
ВЫДАЧА РЕЗУЛЬТАТА ПЭТ/КТ ПРОИЗВОДИТСЯ НЕ РАНЕЕ 24 ЧАСОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.

«_____»_____201__ г

Лечащий врач

_____	_____	_____
Должность	ФИО	подпись

М.П.