

Fakultná nemocnica Trnava, A. Žarnova 11, 917 75 Trnava

Kontakt na objednanie angiografického vyšetrenia: 033 5938 910

Rádiologická klinika - Žiadanka na angiografické vyšetrenie (DSA)

Odosielajúce pracovisko (oddelenie, lekár):

Meno:

Priezvisko

Rodné číslo:

Bydlisko:

Poistovňa:

Dátum a čas vyšetrenia:

Diagnóza slovom a číslom (MKCH

Ktorá oblasť má byť vyšetrená:

Výsledky predchádzajúcich vyšetrení (ultrazvuk, RTG, laboratórne výsledky, operácie, atď.):

Laboratórne hodnoty:

Urea v sére:

Kreatinín v sére

INR:

Protrombínový čas:

Alergická anamnéza: (v prípade pozitivity záznam o vykonaní antialergickej prípravy podľa smerníc):

Rizikové faktory pre vznik kontrastom indukovanej nefropatie:

Dátum:

.....
Pečiatka a podpis indikujúceho lekára