**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.