

## Online žiadanka na ERCP/EUS

Odosielajúce pracovisko (názov + adresa)

Meno odosielajúceho lekára + Kód lekára (A+P)

Telefónne číslo odosielajúceho pracoviska/oddelenia

Telefónne číslo odosielajúceho lekára (najlepšie mobilný kontakt)

Email odosielajúceho lekára

Žiadané vyšetrenie:  ERCP  EUS

Meno a priezvisko pacienta

Rodné číslo pacienta a Číslo hospitalizačného prípadu

Poistovňa pacienta

Bydlisko pacienta

Telefónne číslo pacienta (najlepšie mobilný kontakt)

Dôvod vyšetrenia

Krátka epikríza pacienta

Závažná komorbidita

Alergie a abúzy

Aktuálna medikácia

Protizrážavá liečba (antikoagulačná, antiagregačná + odkedy pauzovaná)

Výsledky z USG/ CT/ MRI/ MRCP

Výsledky posledných krvných testov (biochémia + KO+ koagulačné)

Pacient podpísal informovaný súhlas s vyšetrením  ÁNO  NIE

Pacientovi bol podaný pred vyšetrením  
Indometacínový 100mg čípok  ÁNO  NIE

Vypísanú žiadanku nám pošlite na email [ercp@klinikaorbis.sk](mailto:ercp@klinikaorbis.sk).

Vytlačenú žiadanku prosíme podpísať, oraziť a poslať s pacientom na vyšetrenie.