

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

Vytlačenú žiadamku prosíme podpísať a oraziť.