

Vorm

KOMPUUTERTOMOGRAAFILISTE UURINGUTE SAATEKIRI

Ristiku 1, 80010 Pärnu, II korrus, radioloogia BC-korpus, ruum BC201
Tel 447 3561

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Isikukood või sünniaeg: _____



Saatev arst (ees- ja perekonnanimi): _____

Telefon: _____

Saatev osakond/raviasutus: _____

Uuringu kuupäev ja kellaaeg: _____

		LUUD JA LIIGESED
<input type="checkbox"/> Peaaju ja ajukolju	<input type="checkbox"/> Ajuarterid	<input type="checkbox"/> Õlaliiges
<input type="checkbox"/> Temporaalluu	<input type="checkbox"/> Kaelapiirkonna arterid	<input type="checkbox"/> Künaraliiges
<input type="checkbox"/> Näokolju/siinused/orbita	<input type="checkbox"/> KATE	<input type="checkbox"/> Randmeliiges
<input type="checkbox"/> Kaela pehmed koed	<input type="checkbox"/> Rinnaort	Labakäsi <input type="checkbox"/> muu _____
<input type="checkbox"/> Rindkere	<input type="checkbox"/> EKG-sünkroniseeritud	<input type="checkbox"/> reumatoid artriit
<input type="checkbox"/> Kõht	Süda <input type="checkbox"/> CA-skoor	<input type="checkbox"/> Vaagen (luuline)
<input type="checkbox"/> Vaagen	<input type="checkbox"/> CA-skoor + KT-koronarograafia	<input type="checkbox"/> Puusaliiges
Neerukivi <input type="checkbox"/> esmane	Süda-perfusioon <input type="checkbox"/> rahulolek	<input type="checkbox"/> Põlveliiges
<input type="checkbox"/> dünaamika	<input type="checkbox"/> stress	<input type="checkbox"/> Hüppeliiges
<input type="checkbox"/> koostis	<input type="checkbox"/> Kõhuaort ja selle harud	<input type="checkbox"/> Kandluu
<input type="checkbox"/> Lülisamba kaelaosas	<input type="checkbox"/> Ülajäseme arterid	Labajalg <input type="checkbox"/> muu _____
<input type="checkbox"/> Lülisamba rinnaosa	<input type="checkbox"/> Parema <input type="checkbox"/> Vasaka	<input type="checkbox"/> Podagra
<input type="checkbox"/> Lülisamba lumbaalosa	<input type="checkbox"/> Alajäsemete arterid	<input type="checkbox"/> muu (täpsustada)
<input type="checkbox"/> SI liidused	<input type="checkbox"/> Alajäsemete veenid	
<input type="checkbox"/> Jäsemete pehmed koed (täpsustada)		
Kontrastaine: <input type="checkbox"/> LUBATUD <input type="checkbox"/> KEELATUD Ülitundlikkus kontrastainele: <input type="checkbox"/> JAH <input type="checkbox"/> EI S-Urea _____ mmol/L eGFR _____ ml/min/1.73m ² S-Crea _____ µmol/L (eGFR > 30 ml/min/1.73m ² võib jätkata Metformiini võtmist)		
Raviarst on teadlik neerufunktsiooni väärtustest!		

Kliinilised andmed ja uuringu eesmärk:

Kuupäev: _____

Arsti allkiri: _____

Palun tulge kohale 15 minutit enne saatekirjal märgitud kellaaega. Kui Teile määratud kellaaeg osutub ebasobivaks, palume kindlasti helistada radioloogia registratuuri telefonil 447 3561.