

УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ КТ ПРЕГЛЕД



ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА		<i>ИД Упутнице</i>
ЈМБГ :		
Име :	Презиме :	
Датум рођења :	Пол : ☐ Мушки ☐ Женски	
Адреса :	Мјесто :	
Ослобођен плаћања партиципације : ☐		
Основ ослобађања плаћања партиципације :		
Контакт фиксни :	Контакт мобилни :	E-mail :
Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи : ☐		
Изабрана установа :		
УПУТНА ДИЈАГНОЗА	МКБ шифра болести :	
ТРАЖИ СЕ		
КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ		
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЛИ ПРЕДЛАЖЕ КТ ПРЕГЛЕД		
Шифра :		
Име :	Презиме :	
Специјалност :	Шифра специјалности :	
Шифра и назив установе :	Мјесто :	
Телефон :	Датум приједлога :	
ПОПУНИТИ ЗА СВЕ КТ ПРЕГЛЕДЕ		
Вриједност серумског креатинина :	На дан :	
Вриједност ГФР :		
Да ли је пацијент у другом стању ?	☐ Да	☐ Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?	☐ Да	☐ Не
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима) ?	☐ Да	☐ Не
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм ?	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа ?	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент болује од клаустрофобије ? [потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити миран током прегледа?[потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не
Да ли је анестезиолошки обрађен ? [уколико је потребно]	☐ Да	☐ Не

Да ли је пацијент примао јодно контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага ? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте навести којих] : _____	☐ Да ☐ Не
---	---

Преглед са контрастом или не ?	☐ Да ☐ Не
--------------------------------	---

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Шифра :	
Име :	Презиме :
Установа :	Мјесто :
Телефон :	
Датум упућивања :	
Потврђујем на сопствену одговорност да су све горе наведене информације о пацијенту тачне. Овим потврђујем да је пацијент упознат са процедуром прегледа и сматрам да је физички и психички способан да приступи истом. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у горе наведеној здравственој установи. Такође се обавезујем да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.	
Здравствена установа :	Факсимил и потпис доктора породичне медицине:
Мјесто : _____	Шифра доктора : _____

МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ КТ ПРЕГЛЕДА

Установа у којој ће се преглед обавити :		
Мјесто прегледа :	Шифра прегледа :	Телефон установе :
Датум прегледа :	Вријеме прегледа :	Број протокола :
Напомена :		

ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ

- Обавезно на заказани преглед донијети сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа и налаз креатинина.
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед .
- Ако је доб пацијента ≤ 7 година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.