**Univerzitná nemocnica Martin**

**Kollárova 2, 036 59 Martin**

**Interná klinika – gastroenterologická**

endosonomartin@gmail.com

**043/4203 253 (po 13:00)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Žiadanka na endosonografické vyšetrenie**

**Údaje o pacientovi**

Meno a priezvisko:

**Kontaktná adresa:**

Rodné číslo:

Poisťovňa:

Tel. číslo:

(e – mail):

**Žiadané vyšetrenie** (nechcené vyškrtnite alebo vymažte):

EUS s elastografiou pankreasu

EUS s elastografiou (iné ako pankreas):........................................(uviesť orgán)

EUS s FNA/FNB (EUS s tenkoihlovou aspiráciou/biopsiou ložiska)

CEUS (EUS s použitím kontrastnej látky, len po dohovore)

**Indikácia na vyšetrenie**:

Doteraz realizované zobrazovacie vyšetrenia, jeho dátum a záver týkajúci sa plánovaného EUS vyšetrenia:

CT:

MR:

EGD:

ERCP:

EUS:

Ak je možnosť, prosíme o zaslanie obrazovej dokumentácie do PACSu UNM.

Iné dôležité informácie o pacientovi (alergie, užívanie atikoagulancií, antiagregancií, poruchy zrážanlivosti krvi atď.):

**Údaje o objednávajúcom lekárovi**:

Meno:

Odbor (stačí skratka):

email/iný kontakt:

Ďakujeme za dôsledné vyplnenie objednávacieho formulára. Pacient bude vyrozumený písomne na adresu trvalého bydliska, v prípade, že sa jedná o skorý termín alebo dôjde k zmene termínu, tak telefonicky. Súčasne dostanete informáciu o termíne objednania aj Vy - objednávajúci lekár (emailom, telefonicky), aby ste mohli plánovať ďalšie kontroly. Ďakujeme za spoluprácu.

Email: endosonomartin@gmail.com MUDr. Peter Uhrík

Tel.: 043/4203 253 (po-pia, po 13:00) MUDr. Lenka Nosáková, PhD

 prof. MUDr. R. Hyrdel, Csc