

Фамилия, имя _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Просьба заполнить или прикрепить
наклейку пациента



РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
Хехштадт-на-Айше • Нюрнберг

Телефон: 09193- 50250 • Телефакс: 09193-
50250

Контактное лицо: Др. мед. Н.
Вилке

КТ СЕРДЦА – РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ФОРМУЛЯР

NDZUWEISER Diagnosen / история болезни

(заполняется направляющим врачом)

Go" | CAD | ,с, | _____

Показания:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Коронарная ангиография | <input type="checkbox"/> Контроль шунтов | <input type="checkbox"/> Инсульт / апоплексия / кровоизлияние в мозг |
| <input type="checkbox"/> Функция ЛЖ-ПЖ | <input type="checkbox"/> Аортография | <input type="checkbox"/> Прочее _____ |
| <input type="checkbox"/> Кальцинирование / риск ишемической болезни сердца | <input type="checkbox"/> Бляшки в аорте / тромб | |
| <input type="checkbox"/> КТ-ангиография методом исключения (Triple Rule-Out) (аорта, легкие, коронарные сосуды) | | |
| <input type="checkbox"/> Легочная артерия / легочная эмболия | | |
| <input type="checkbox"/> Врожденные аномалии | | |
| <input type="checkbox"/> Экстракардиальное | | |
- Рост (см) _____ Вес (кг) _____ Пол ж/м _____ Возраст _____

Заполняется персоналом радиологического центра (красное поле):

ЭКГ: ЧСС до бетаблокатора <input type="checkbox"/> ЧСС в конце сканирования <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> желудочковая экстрасистолия <input type="checkbox"/> мерцание предсердий	Артефакты: <input type="checkbox"/> Дыхательные артефакты <input type="checkbox"/> артефакты ЭКГ	<input type="checkbox"/> Двигательные артефакты
Медикаменты: <input type="checkbox"/> метопролол внутривенно:	<input type="checkbox"/> артефакты ЭКГ <input type="checkbox"/> метопролол перорально		

ЧСС:

МГ

Контрастное вещество: -----

Контрастное вещество общее количество (мл): _____ +NaCl болюс (мл): -----

D KV _____

D DLP mGycm _____

Начало сканирования

D mAs _____

D DRC on _____

Окончание сканирования

Заполняется направляющим врачом:

Печать:

Имя, фамилия _____

Адрес _____

Телефон _____ телефакс _____

Дата _____