

Направление на компьютерную томографию

в РНПЦ детской хирургии

Фамилия, Имя, Отчество: _____

Дата рождения: _____ Вес пациента: _____ Рост: _____

Отделение: _____ История болезни №: _____

Стационар _____

Диагноз: _____

Исследуемая область (орган): _____

Задачи исследования: _____

Учреждение, в котором будет выполнено исследование: РНПЦ детской хирургии

При направлении необходимо заполнить анкету и приложить информированное согласие.

Противопоказания для внутривенного введения рентгеноконтрастных средств (указать): _____

КТ-исследование рекомендовано выполнить:	Без введения рентгеноконтрастного вещества	
	Без введения рентгеноконтрастного вещества	

Противопоказания для использования бетаблокаторов (указать): _____

КТ-исследование рекомендовано выполнить:	Без использования бетаблокаторов	
	С использованием бетаблокаторов	
Рекомендуемая ЧСС:		

Противопоказания для использования методов анестезии (указать): _____

КТ-исследование рекомендовано выполнить:	с седацией	
	без седации	

Дата направления: _____

Лечащий врач: _____

Контактный телефон лечащего врача: _____

РНПЦ детской хирургии, 220013, г.Минск, пр-т. Независимости, 64А

сайт: <http://dhc.by/>