# Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ

**Orvosi Képalkotó Klinika**

**CT laboratórium; Pécs, Ifjúság u. 13; Tel.: 535-814, 535-830; fax: 536-199**

**Név:**



**Születési dátum:** **Taj-szám:**

**Anyja neve:**

**Lakcím:**

**Beküldõ intézmény kódja:**

**Rendelõ személy:       Iránydiagnózis:**

**Kért vizsgálat indikációja** *(Kérjük, jelölje!)*

Coronaria status: Coronaria Ca-score  Coronaria CTA

# További indikációk:

Szívelégtelenség  Systoles  Diastoles  Bal kamra EF       % Akut mellkasi fájdalom  Koszorúér anomália  Strukturális anomália  Preoperatív kivizsgálás  Bal pitvar angiográfia  Stent átjárhatóság  CTA: Mellkasi aorta  Pulmonalis artériák  TAVI tervezés  Kiegészítő mellkasi CT (csak előzetes telefonos konzíliumot követően kérhető)



**Koszorúérbetegséggel összefüggésben álló tünetek** *(Kérjük, jelölje!)* ***Mellkasi fájdalom*** Típusos  Atípusos  Nincs  ***Fizikális tünetek***

Mellkasi égő érzés  Epigastrialis fájdalom  Vállba sugárzó fájdalom

Dyspnoe  Csökkent terhelhetőség  Syncope

*Új vagy súlyosbodó tünetek* Igen  Nem

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***EKG eltérés*** |  | | | | |
| Pitvari fibrilláció |  | Patológiás Q |  | Negatív T |  |
| ST eleváció |  | ST depresszió |  | Bal szárblokk |  |
| Sustained VT |  | Unsustained VT |  | VF |  |
| Gyakori PVC |  | Ritka PVC |  | Egyéb |  |

Egyéb:

*Új vagy súlyosbodó tünetek* Igen  Nem

Megjegyzés:

**Előzetes kivizsgálás eredményei** *(A már elvégzett vizsgálatokat kérjük, beírni!)*

# Dátum

Ergometria       Echokardiográfia

SPECT

Ca-Score

Corornaria CTA

MR

Invazív coronarographia

Pozitív  Negatív  Inkonkluzív  Falmozgászavar Van  Nincs  Pozitív  Negatív  Inkonkluzív  Értéke:

Negatív  Obstruktív  Nem obstruktív  Falmozgászavar Van  Nincs  Perfúziózavar Van  Nincs

Negatív  Nem obstruktív  Obstruktív  Stent

Pozíció és átmérő:

CABG

Graftok:



**Cardiovascularis anamnézis** *(Kérjük, jelölje!)*

Hypertonia  1-es típusú diabetes  2-es típusú diabetes  Dyslipidaemia  Myocardialis infarktus  Pozitív családi anamnézis  Jelenlegi dohányzás



**Egyéb betegségek** *(Kérjük, jelölje!)*

Perifériás érbetegség  Stroke  Autoimmun betegség

Beszűkült vesefunkció  Malignus betegség  Egyéb



**Labor**: Dátuma

Össz koleszterin       ; HDL:       ; LDL:       ; TG       ;hsCRP       ; GFR:

**Egyéb a vizsgálat szempontjából releváns adat:**

# Dátum

**Kérőorvos aláírása és bélyegzője**

***Figyelem!*** *Tisztelettel kérjük a beutaló kitöltését. Kitöltetlen beutalóval érkező beteg esetében CT vizsgálat nem végezhető!*

***A vizsgálatkérő az iSORT webes strukturált leletező felület (www.bioscreen.hu) alapján készült.***