

Protokol k vyšetreniu

Kapsulová enteroskopia

ČASŤ A

(vyplní indikujúci lekár)

Meno a priezvisko poistenca: R.č. /

Bydlisko poistenca:

Zdravotná poisťovňa poistenca:

Ošetrojúci lekár, ktorý indikuje vyšetrenie kapsulovou enteroskopiou:

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

.....

Stručná anamnéza :

OA: (vzhľadom na krvácanie z GIT-u):

.....

.....

.....

TO: (vzhľadom na krvácanie z GIT-u):

.....

.....

.....

Laboratórne a pomocné vyšetrenia: KS+Rh f....., TK....., P.....,

KO: Leu.....g/l, Hb.....g/l, Ery.....T/l, Ht....., Tr.....g/l,

Epikríza (odôvodnenie indikácie vyšetrenia):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóza:(kód podľa MKCH 10)

..... (slovom)

Dátum

.....

Odtlačok pečiatky a podpis lekára

ČASŤ B

(vyplní gastroenterologické centrum)

Vyjadrenie vedúceho lekára gastroenterologického centra:

Odporúčam vyšetrenie kapsulovou enteroskopiou :

áno nie

Odôvodnenie (v prípade nesúhlasu):

.....

.....

.....

.....

.....

Dátum

.....

Odtlačok pečiatky a podpis
vedúceho lekára centra

Inou formou /uviest'/

Dátum

.....

Odtlačok pečiatky a podpis lekára,
ktorý vyhodnotil KE

