



Rodné číslo: <input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára: <input type="text"/>
Priezvisko: <input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára: <input type="text"/>
Meno: <input type="text"/>	Tel. číslo/Email: * <input type="text"/>
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Adresa: <input type="text"/>	Kód PZS odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
<input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
Tel. číslo: <input type="text"/>	Názov a sídlo organizácie (adresa fakturácie): <input type="text"/>
Kód ZP: <input type="text"/> Samoplatca: <input type="checkbox"/>	IČO: <input type="text"/> DIČ: <input type="text"/>
EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/>	Poznámka lekára: <input type="text"/>
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>	Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>
Poznámka: EÚ poistenci: K žiadanke treba priložiť kópiu preukazu poistenca.	
Základná diagnóza: <input type="text"/>	
Iné diagnózy: <input type="text"/>	
Dátum vyšetrenia: <input type="text"/> Čas vyšetrenia: <input type="text"/>	
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/> * Nepovinný údaj	

Prvá návšteva u endokrinológa:
Subjektívne ťažkosti:

1. USG VYŠETRENIE:

a. Štítna žľaza:

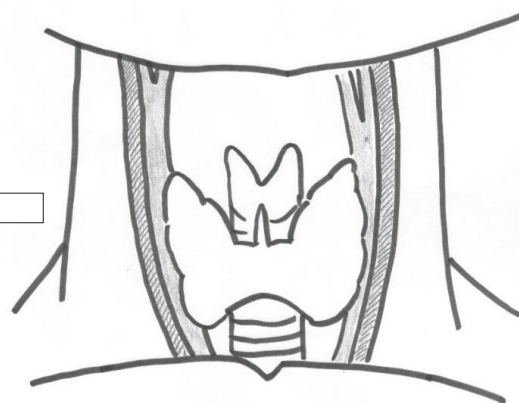
Veľkosť (v mm): Pravý lalok: Istmus: Ľavý lalok:
Retrosternálne zasahovanie: áno nie
Známky tyroiditídy: áno nie
Bilaterálne postihnutie: áno nie

b. Podozrivý uzol:

Lokalizácia: Pravý lalok: Istmus: Ľavý lalok:
Ostré ohraničenie: áno nie Podozrenie na malignitu: áno nie
 Intraparenchymatózne Subcapsulárne
Veľkosť: x x mm Nárast veľkosti o mm Za mesiace PAB - Bethesda:

c. Patologické lymfatické uzliny: áno nie

Lokalizácia: Centrálny krčný kompartment: vpravo vľavo Laterálny krčný kompartment: vpravo vľavo
Výška lokalizácie: Submandibulárna oblasť Úroveň ŠŽ Supraklavikulárna oblasť
Veľkosť: x x mm PAB: Metastáza Negatívna Nereprezentatívna
Hladina tyreoglobulínu / kalcitonínu v preplachu ihly: /



2. LABORATÓRNE VYŠETRENIE:

TSH	CT pri MTC
ft4	CEA pri MTC
ATPO	TRAK
Ca	

Medikácia na ŠŽ:

Bez liečby
 Tyroxín dávka mm Supresná / Substitučná
 Tyreostatiká:

3. INDIKÁCIA K OPERÁCII:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Dôkaz malignity (Bethesda V, VI, patologická LAP) | <input type="checkbox"/> 4. Recidíva tyreotoxikózy |
| <input type="checkbox"/> 2. Vylúčenie malignity (Bethesda III - IV, resp. susp. USG obraz uzla) | <input type="checkbox"/> 5. Recidíva pseudocysty |
| <input type="checkbox"/> 3. Veľkosť uzla resp. nárast veľkosti uzla | |

4. INDIKOVANÉ OP RIEŠENIE:

a) ŠŽ: Lobektómia vpravo Lobektómia vľavo Istmektómia Totálna tyroidektómia

b) LU: Centrálna krčná disekcia áno nie Laterálna krčná disekcia áno nie Vpravo / Vľavo