

## Žádost o neurochirurgickou konzultaci

Žádající pracoviště IČP ambulance  
oddělení

Ošetřující lékař kontaktní telefon e-mail fax

Pacient (iniciály, rok narození, pohlaví) číslo zdravotní pojišťovny

**Z důvodu ochrany dat nelze uvádět plné jméno a identifikační údaje pacienta, upřesnění (rodné číslo, adresa bydliště) bude při konzultaci sděleno telefonicky, následující 3 položky NEVYPLŇOVAT !)**

Jméno, příjmení

--	--

rodné číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bydliště


Diagnóza

Čas vzniku příznaků, resp. čas úrazu Čas vyšetření CT, MR Čas konzultace

Stav pacienta

GCS zaintubován zornice P/L TK INR tromb ery leu CRP

Stručná epikríza

Komplikující stavy(zejména přidružená poranění)

Interní komorbidity

Obrazová dokumentace odeslána