**Заявка на консультативную услугу в**

**ГБУЗ «Научно-практический центр медицинской радиологии**

**Департамента здравоохранения города Москвы»**

1. Контактная информация специалиста, направившего на консультацию (Ф.И.О., почта, телефон):
2. Название медицинской организации, откуда сделана заявка на консультацию:
3. Контактная информация заведующего отделением медицинской организации, откуда сделана заявка на консультацию (Ф.И.О., телефон):
4. Вид обследования (рентген, КТ, МРТ, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/КТ):
5. ID исследования:
6. Анатомическая область тела:
7. Пол пациента:
8. Дата проведения исследования:
9. Причина запроса услуги (вопрос/задача для консультанта):
10. Основание для направления пациента на диагностическое исследование: (по какому поводу и с какой целью пациент был направлен на исследование):
11. Анамнез болезни (начало заболевания, динамика симптомов с момента начала заболевания до момента исследования, с какими факторами пациент связывает данное заболевание, важные лабораторные показатели, проводимое лечение и т.д.):
12. Анамнез жизни (перенесённые ранее заболевания, существующая хроническая патология):
13. Перенесенные операции и травмы (дата проведения операции, дата полученной травмы):
14. Ранее проведенные исследования (вид обследования, дата проведенного исследования, необходимость сопоставления в динамике):
15. Установленный клинический диагноз (+ код МКБ):

К заявке приложите (или скопируйте ниже) протокол описания консультируемого исследования. Также желательно приложить сканы/копии иных медицинских документов, если считаете это необходимым. Обращаем ваше внимание, что все исследования для консультации предоставляются в анонимизированном виде.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись заведующего отделением