

.....

..... dnia

czytelna pieczętka jednostki kierującej

SKIEROWANIE NA BADANIA IZOTOPOWE

do Zakładu Medycyny Nuklearnej
5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
30-901 Kraków, ul. Wrocławska 1-3

Rejestracja: telefon 12 63 08 275 ; fax. 12 63 08 276

Nazwisko i Imię	Pesel													
Adres pacjenta (telefon)	Oddział NFZ												
Rozpoznanie wstępne wymagane	Kod ICD-10 wymagane												

Tryb wykonania badania	planowy	pilny proszę uzasadnić pilność badania !
-------------------------------	---------	--	-------

Proszę o wykonanie scyntygrafii / terapii izotopowej (właściwe zaznaczyć X)

kości i stawów		perfuzyjnej serca (wysięk)		perfuzyjnej serca (spoczynek)		perfuzyjnej serca (obciążenie farmakologiczne)	
przystalicy		flebografia izotopowa		perfuzyjnej płuc		wentylacyjnej płuc	
nerek (dynamiczna)		nerek (bad. statyczne DMSA)		nerek z testem kaptoprilowym (badanie podstawowe)		nerek z testem kaptoprilowym (badanie po kaptoprilu)	
nerek dynamiczna z diuretykiem		tarczycy ^{99m} Tc		terapii ¹³¹ I		wychwytu do planowanego leczenia ¹³¹ I	
znakowanymi krwinkami czerwonymi (naczyniak wątroby)		wątroby i śledziony (koloid)		znakowanymi płytkami krwi		znakowanymi krwinkami czerwonymi (krwawienie z przewodu pokarmowego)	
uchyłka Meckela		limfoscyntygrafii		mózgu		wątroby i dróg żółciowych	
radiosynowektomii		scyntygrafii receptorów somatostatynowych		ognisk zapalnych znakowanymi leukocytami		Inne (opis problemu diagnostycznego)	

Cel badania (opis problemu diagnostycznego)

.....

Badania: USG tak / nie ; RTG tak / nie ; TK tak / nie ; MRI tak / nie ; BAC (nie / tak data

(prosimy zabrać kopie wyników badań)

.....

Wyniki badań laboratoryjnych: TSH (data)-.....; fT4-.....; OB-.....; CRP-....., RF-.....

WBC-.....; RBC-.....; HGB-.....; HCT-.....; PLT-.....; inne

Zabiegi operacyjne

Poprzednie badania radioizotopowe

.....

Waga kg	Wzrost cm	Ciąża	tak/nie	Karmienie piersią	tak/nie
------	----------	--------	----------	-------	---------	-------------------	---------

.....
czytelna pieczętka lekarza kierującego, podpis

Uwaga! **CIAŻA** jest przeciwwskazaniem do wykonania badania izotopowego

WAŻNE!!

Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osobą, która może skierować pacjenta na badanie/leczenie z użyciem technik izotopowych jest lekarz **UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**, tj. lekarz (indywidualna praktyka lekarska) lub świadczeniodawca, posiadający ważną umowę z NFZ na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

Bezwzględnie koniecznym jest umieszczenie na skierowaniu **NUMERU UMOWY z NFZ**.

Szanowni Pacjenci prosimy o potwierdzenie przybycia w dniu poprzedzającym badanie.

Informacja o rezygnacji z badania pozwoli innym pacjentom uzyskać szybszy dostęp do badań.