Pieczątka zakładu kierującego Data ……

SKIEROWANIE NA BADANIE METODĄ
POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ (PET/CT)

instytucja wykonująca badanie
Zakład Medycyny Nuklearnej Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Obowiązuje CZYTELNE wypełnienie WSZYSTKICH rubryk skierowania

Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | Imię | | | | | | | | | | |

PESEL: | | | | | | | | | | | |

Adres:.....

Telefon: ..... (stacjonarny lub komórkowy)

Pacjent objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym TAK NIE *

Problem kliniczny:	**Kod Rozpoznania wg. ICD-10**

Epikryza:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGA !

do skierowania należy dołączyć dokumentację medyczną dotyczącą przebiegu choroby (KSEROKOPIE) :
- karty informacyjne leczenia szpitalnego (w tym opis ewentualnych operacji);
- wyniki wykonanych badań obrazowych (USG, RTG, CT, MRI, mammografia, itp.);
- wyniki badań histopatologicznych;
- wyniki aktualnych badań kontrolnych (USG, RTG, CT, MRI, mammografia, wyniki markerów, itp.);
- inną dokumentację, która ma istotne znaczenie dla opisywanej choroby.

SKIEROWANIA NIEKOMPLETNE BĘDĄ ZWRACANE WNIOSKODAWCY DO UZUPEŁNIENIA

Problem kliniczny, jaki badanie ma wyjaśnić:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czynniki mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo badanego: Tak Nie

Cukrzyca	Typ, leczenie, poziomy glukozy	Ciąża		
		Karmienie piersią		
		Nadczynność tarczycy		
Uwagi		Niewydolność krążenia		
		Niewydolność nerek		
		Klaustrofobia		

Transport : własny pacjenta / karetka - uzasadnienie (dotyczy wyłącznie pacjentów leżących)

Wyrażam zgodę na udostępnienie (z zachowaniem zasad ochrony tajemnicy zawodowej) danych dotyczących dalszego leczenia pacjenta lekarzom Zakładu Medycyny Nuklearnej CO w Bydgoszczy

....

Pieczątka i podpis lekarza kierującego Telefon kontaktowy lekarza kierującego

.....

DECYZJA KOMISJI KWALIFIKACYJNEJ
powołanej przez Prezydenta Miasta Płocka

Data wpływu skierowania / podpis osoby przyjmującej	Decyzja Komisji Kwalifikacyjnej pozytywna / negatywna	Podpisy członków Komisji Kwalifikacyjnej
	Data posiedzenia Komisji	

Uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KWALIFIKACJA ZMN CO w Bydgoszczy

Data wpływu skierowania		Decyzja Komisji Konsultacyjnej	Podpis upoważnionego członka Komisji Konsultacyjnej
Podpis sekretarki	Data		