Pieczątka zakładu kierującego Data ……

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

2010r.

instytucja wykonująca badanie

Zakład Medycyny Nuklearnej Centrum Onkologii w Bydgoszczy

Obowiązuje CZYTELNE wypełnienie WSZYSTKICH rubryk skierowania

NAZWISKO [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] IMIĘ [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

PESEL: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Adres:.....

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

Rozpoznanie kliniczne:	**Rozpoznanie histopatologiczne:**	**Kod Rozpoznania wg. ICD-10**

Epikryza:

.....

.....

.....

.....

Dotychczasowe leczenie :

Chirurgiczne		Chemioterapia		Radioterapia	
Nie leczony		Nie leczony		Nie leczony	
Data zabiegu		W trakcie	Data ostatniego kursu	W trakcie	
		Zakończono	Data	Zakończono	Data

Dotychczasowe badania obrazowe:

USG				TK				MRI				Scyntygrafia				PET			
Tak		Nie		Tak		Nie		Tak		Nie		Tak		Nie		Tak		Nie	
Data				Data				Data				Data				Data			

UWAGA!
do skierowania należy dołączyć dokumentację medyczną dotyczącą przebiegu choroby (KSEROKOPIE) :

- ✔ karty informacyjne leczenia szpitalnego (w tym opis ewentualnych operacji);
- ✔ opisy 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.

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		

Pacjent objęty powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym TAK NIE *

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		