



POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA
w Kamiennej Górze Sp. z o.o.

(pieczęć zakładu kierującego)

**SKIEROWANIE NA BADANIE
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK)**

Badania odbywają się wg ustalonych terminów.
Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badania z rodzicami lub prawnymi opiekunami.

PESEL:

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

Nazwisko:

Data wystawienia skierowania:

Imię:

Oddział NFZ pacjenta:

Adres zamieszkania:

Ustalony termin badania:

.....

data: godzina:

Telefon do pacjenta:

Masa ciała: kg

e-mail:

Wzrost pacjenta: kg

1. ZAKRES I CEL BADANIA: (co badanie ma wyjaśnić)

.....

2. Rozpoznanie: Kod ICD

.....

3. WYWIAD I WYNIKI BADAŃ: (TK, MR, USG, RTG, scyntygrafii, endoskopowych, hist-pat, laboratoryjnych, główne dolegliwości, przebyte choroby, zabiegi operacyjne)

.....

.....

.....

.....

4. SCHORZENIA ONKOLOGICZNE

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu
..... do kontaktu w związku
z wykonywanym badaniem diagnostycznym.

.....
Imię nazwisko

.....
Podpis pacjenta

**ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**



Data badania: Waga: Imię, nazwisko:

PESEL

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

Numer telefonu:

Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie
Czy wyraża Pan/Pani zgodę na podanie środka cieniującego?	Tak	Nie
Czy były wykonywane wcześniej badania ze środkiem cieniującym? (Urografia, TK, Koronarografia)	Tak	Nie
Czy pojawiły się po poprzednich badaniach reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty)? Jeśli tak, proszę podać jakie:	Tak	Nie
Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy? Jeśli tak, podać jakie:	Tak	Nie

PROSZĘ POTWIERDZIĆ LUB WYKLUCZYĆ WYSTĘPOWANIE PONIŻSZYCH CHOROÓB:

• choroby tarczycy (nadczynność)	Tak	Nie
• choroby nerek (np. niewydolność)	Tak	Nie
• nadciśnienie tętnicze	Tak	Nie
• choroby układu nerwowego (padaczka, utraty przytomności)	Tak	Nie
• astma oskrzelowa	Tak	Nie
• cukrzyca	Tak	Nie
• Przebyte choroby zakaźne? Jeśli tak, proszę podać jakie:	Tak	Nie

UWAGA! PACJENCI CHOROZY NA CUKRZYCĘ LECZENI METFORMINĄ - JEŚLI POZIOM KREATYNYNY JEST WYŻSZY NIŻ MG/ML (GFR < 60 ML/MIN) KONIECZNE JEST ODSTAWIENIE METFORMINY NA 48 GODZIN PRZED I 48 po DOŻYLNYM PODANIU ŚRODKA CIENIUJĄCEGO. PONADTO PRZED I PO BADANIU ZALECA SIĘ INTENSYWNE NAWADNIANIE I MONITOROWANIE FUNKCJI NEREK I POZIOMU GLUKOZY WE KRWI.

Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje? Jeżeli tak, proszę wymienić:	Tak	Nie
Czy Pan/Pani wyraża zgodę aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)	Tak	Nie

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCECH BADANIA W RAMACH NFZ

Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?	Tak	Nie
--	-----	-----

<p>JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM I ZROZUMIAŁEM POWYŻSZE DANE, KTÓRE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM. BIORĘ PEŁNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA PODANE PRZEZ SIEBIE INFORMACJE. ZNANE MI SĄ WSZYSTKIE ZAGROŻENIA ZWIĄZANE Z WYKONANIEM W/W BADANIA. NINIEJSZYM WYRAŻAM ZGODĘ NA JEGO WYKONANIE.</p> <p>W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj.zł, zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego.</p> <p>..... Imię i nazwisko</p> <p>..... Podpis pacjenta</p>	<p>..... czytelnie imię i nazwisko</p> <p>..... data, miejsce</p> <p>..... podpis pacjenta</p>
--	--