

SKIEROWANIE NA BADANIA IZOTOPOWE

DO ZAKŁADU MEDYCZYNY NUKLEARNEJ

5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ

30-901 Kraków, ul. Wrocławska 1-3

rejestracja tel/fax. 012 63 08 275

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

Badanie/leczenie z użyciem technik izotopowych

(właściwie podkreślić)

tarczycza Tc99, wychwyty do planowanego leczenia I-131; terapia I-131; przytarczycze; kości i stawy;
perfuzja mięśnia sercowego (wysiłek, spoczynek, farmakologiczne); perfuzja/wentylacja płuc;
nerki (dynamiczne, test furosemidowy, test kaptoprilowy, statyczne), wątroba i śledziona; wątroba i drogi żółciowe;
znakowanymi krwinkami czerwonymi (naczyniak wątroby, krwawienie z przewodu pokarmowego); uchyłek Meckela;
limfoscyntygrafia; mózg; ogniska zapalne znakowanymi leukocytami; radiosynowektomia;
scyntygrafia receptorów somatostatynowych,

Proszę o wykonanie

.....
(rodzaj badania/terapii/nazwa narządu)

Cel badania (opis problemu diagnostycznego).....
.....
.....
.....
.....

Badania dotyczące aktualnej choroby: USG tak/nie; RTG tak/nie; TK tak/nie; MRI tak/nie; BAC tak/nie data
(prosimy zabrać wyniki)

Wyniki badań laboratoryjnych: TSH-.....; 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.