

SKIEROWANIE NA BADANIE PET/CT

Imię i Nazwisko Pacjenta		Data wystawienia
PESEL	<input type="text"/>	Telefon
Adres		Oddział NFZ
Rozpoznanie		Kod rozpoznania ICD 10
Rozpoznanie histopat.		
Co badanie ma wyjaśnić. Opis problemu diagnostycznego.		

Dotychczasowe leczenie							
Chirurgiczne		Chemioterapia			Radioterapia		
nie leczony	data zabiegu	nie leczony	w trakcie	zakończono (data)	nie leczony	w trakcie	zakończono (data)
Krótki opis leczenia (rodzaje zabiegów)							
Dotychczas wykonane badania obrazowe							
USG	TK	MR	Scyntygrafia	PET/CT			
tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
data:	data:	data:	data:	data:	data:	data:	data:
Przypominamy o konieczności dołączenia opisów i zdjęć z wykonanych dotychczas badań obrazowych oraz kart informacyjnych z dotychczasowych hospitalizacji.							
Cukrzyca	Typ, leczenie i poziomy glukozy					tak	nie
						cięża	
Uwagi:						karmienie piersią	
						niewydolność nerek	
						klaustrofobia	
wzrost:	waga:					niewydolność krążenia	
Ośrodek kierujący Pieczęć (czytelna)	Lekarz kierujący Pieczęć i podpis lekarza specjalisty (czytelna)			Telefon kontaktowy do lekarza kierującego			

Badanie finansowane przez jednostkę kierującą na podstawie umowy na świadczenia medyczne w ramach realizacji diagnostyki pogłębionej w pakiecie onkologicznym.