

Data.....

.....
Pieczęć zakładu kierującego

SKIEROWANIE NA BADANIE PET

Dane pacjenta:

Nazwisko:

Pesel:

Imię:

Oddział NFZ: (jeśli inny niż pomorski)

Adres:.....

tel.

ROZPOZNANIE: **KOD ICD-10**

Hist.-pat. (z dołącz. wynikiem):

DOTYCHCZASOWE LECZENIE:			DOTYCHCZ. BAD. OBRAZOWE:			
Operacyjne:	Chemioterapia:	Radioterapia:	TK:	MRI:	USG:	Scynt.:
(także z innych przyczyn, data)	(rodzaj, data zakończenia)	(lokalizacja, data zakończenia)	data:	data:	data:	data:
			Prosimy o dołączenie ew. opisów badań i CD			

Badanie PET: pierwsze kontrolne (data poprz. bad. z dołączonym CD)

CEL BADANIA:

.....
.....

Dodatkowe informacje o pacjencie:

Aktualna ciąża	NIE	TAK
Czy miesiączkuje?	NIE	TAK (data ost. miesiączki)
Karmienie piersią	NIE	TAK
Nadczynność tarczycy	NIE	TAK
Niewydolność serca	NIE	TAK
Klaustrofobia	NIE	TAK
Uczulenia na leki	NIE	TAK (jakie?)
Infekcje, podejrzenie ognisk zapalnych	NIE	TAK (lokalizacja)

CUKRZYCA	NIE	TAK (typ, rodzaj leczenia)
Leczenie czynnikami wzrostu	NIE	TAK (jakie? kiedy?)
Inne uwagi:		
Waga (kg):	

tel. kontaktowy lekarza kierującego:

.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego (specjalisty)

PROSIMY O ZAMIESZCZENIE KRÓTKIEJ EPIKRYZY NA TEMAT PACJENTA NA ODWROCIE SKIEROWANIA