

## Zakład Radiologii NIGRiR w Warszawie

PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWY TRYB BADANIA \*\*\*

RUTYNOWE	PILNE
----------	-------

**WYZNACZONY TERMIN BADANIA**

Podmiot wystawiający skierowanie

### SKIEROWANIE NA BADANIE TK

Data:.....

Nazwisko i imię pacjenta\*\*\* *(należy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)*

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

PESEL\*\*\* \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ DATA URODZENIA \_ - \_ - \_ \_ PŁEĆ    K    M

ADRES zamieszkania: .....

RODZAJ BADANIA : .....

ROZPOZNAНИЕ, Kod ICD10 \*\*\* .....

CO BADANIE MA WYJAŚNIĆ?\*\*\*: .....

NR KONTAKTOWY DO LEKARZA PROWADZĄCEGO \*\*\* .....

Kreatynina	*** mg/dl	GFR	*** ml/min	TSH	*** uIU/ml	Waga	*** kg
------------	--------------	-----	---------------	-----	---------------	------	-----------

CZY MOŻNA PODAĆ KONTRAST ?\*\*\*                      TAK                       NIE

Skierowanie pacjenta na badanie z zastosowaniem promieniowania jonizującego wynika z uzasadnionego przekonania lekarza, że jego wynik dostarczy informacji, które przyczynią się do postawienia prawidłowego rozpoznania lub wykluczenia choroby, oceny jej przebiegu i postępow leczenia oraz, że korzyści z tego tytułu przewyższą możliwe ujemne następstwa dla zdrowia, które mogą być związane z narażeniem na promieniowanie jonizujące. <i>Art.33a.ust.4 ustawy z dnia 29 listopada 2000r. Prawo atomowe (Dz.U.2014 poz.1512)</i>	Pieczętka i podpis lekarza zlecającego badanie***
---	---

#### Wypełnia pracownia diagnostyczna

Data badania:	Symbol procedury	Rodzaj:	Ilość:	Seria:
Kontrast:  doustny dożylny				

#### Podpisy i pieczętka osób wykonujących badanie

Technik:	Pielęgniarka:	Lekarz:
Uwagi:		

\*\*\* Niewypełnienie powyższych rubryk może utrudnić lub uniemożliwić wykonanie badania – w przypadku wystąpienia wątpliwości skierowanie zostanie odesłane lekarzowi kierującemu do uzupełnienia