resonica
diagnostyka obrazowa

Pieczęć jednostki kierującej

Miejscowość i data

Nr badania / kod kreskowy (wypełnia Resonica)

SKIEROWANIE NA BADANIE:

Rodzaj badania: MR, TK, USG

Dane Pacjenta:

Imię | Nazwisko

Data urodzenia | PESEL | Telefon

Adres

Waga | Kreatynina mmol/l lub* mg/dl | eGFR ml/min /1,73m² | Data pomiaru

Płatnik: ☐ NFZ ☐ szpital ☐ inny* ☐ pacjent ☐ % pacjent ☐ bezpł.

Rodzaj i nr ubezpieczenia | *Inny płatnik

Rozpoznanie | Kod ICD-10

Co badanie ma wyjaśnić

Dotychczasowe badania diagnostyczne (USG, RTG, TK, MR)

Podpis i pieczątka lekarza z numerem prawa wykonywania zawodu

Wyrażam zgodę na badanie i dożylne podanie kontrastu

Data i podpis Pacjenta lub opiekuna

Uwagi dla lekarza kierującego na badanie TK i MR

1. Decyzję o sposobie wykonania badania i ilości procedur podejmuje lekarz radiolog.
2. W świetle obowiązujących przepisów wymagana jest zgoda Pacjenta na wykonanie badania TK lub MR. Prosimy o dopilnowanie tej formalności (podpis Pacjenta na skierowaniu).
3. **Przed badaniem w przypadku, którego wskazaniem będzie podanie środka kontrastowego, Pacjent powinien okazać wyniki badania krwi w kierunku określenia poziomu kreatyniny w surowicy krwi (wynik jest ważny 7 dni u osób z zaburzeniami czynności nerek, u osób zdrowych 14 dni).**
4. Przeciwwskazaniem do badań **TK** i **MR** może być ciąża - u pacjentek ciężarnych należy każdorazowo rozważyć wykonanie badania i skonsultować z pracownią.

KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY PODANIA JODOWEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO PRZEZNACZONY DO WYPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA KIERUJĄCEGO PACJENTA NA BADANIE

1. Umiarkowana lub ciężka reakcja na jodowy środek kontrastowy w wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
2. Atopia wymagająca leczenia w wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
3. Niestabilna astma w wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
4. Nadczynność tarczycy ..... ☐ Tak ☐ Nie
5. Niewydolność serca ..... ☐ Tak ☐ Nie
6. Cukrzyca ..... ☐ Tak ☐ Nie
7. Choroba nerek w wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
8. Przebyte operacje nerek ..... ☐ Tak ☐ Nie
9. Białkomocz w wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
10. Nadciśnienie tętnicze ..... ☐ Tak ☐ Nie
11. Dna moczanowa ..... ☐ Tak ☐ Nie
12. Czy pacjent aktualnie przyjmuje którekolwiek z następujących leków:
    - Metformina ..... ☐ Tak ☐ Nie
    - Interleukina 2 ..... ☐ Tak ☐ Nie
    - NLPZ ..... ☐ Tak ☐ Nie
    - Aminoglikozydy ..... ☐ Tak ☐ Nie
    - β-blokery ..... ☐ Tak ☐ Nie

Wypełnił(a) Data:

KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY PODANIA GADOLINOWEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO PRZEZNACZONY DO WYPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA KIERUJĄCEGO PACJENTA NA BADANIE

1. Umiarkowana lub ciężka reakcja na gadolinowy środek kontrastowyw wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
2. Atopia wymagająca leczenia w wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
3. Niestabilna astma w wywiadzie ..... ☐ Tak ☐ Nie
4. Czy u pacjenta występuje schyłkowa niewydolność nerek ☐ Tak ☐ Nie
   (eGFR <30 ml/min/1,73 m2) lub czy pacjent jest poddawany dializom?..... ☐ Tak ☐ Nie
5. Czy u pacjenta występuje upośledzenie funkcji nerek
   (eGFR od 30 do 60 ml/min/1,73 m2)..... ☐ Tak ☐ Nie

Wypełnił(a) Data:

Na badanie Pacjent powinien przynieść ze sobą wyniki badań MR, TK, RTG,USG.