

.....
(Pieczęć komórki kierującej)

Nazwisko i imię pacjenta:

[illegible]

Płeć ☐ K ☐ M

Adres zamieszkania:

Nr Księgi Głównej:/20

Rodzaj badania: ☐ RTG, ☐ TK, ☐ USG, ☐ MRI, ☐ Scyntygrafia

☐ Mamografie ☐ Inne:.....

Tryb (wybierz właściwe)

☐ PILNE ☐ PRZYŁOŻKOWE

Rozpoznanie wstępne: KOD ICD10:

Co badanie ma wyjaśnić, dolegliwości, przebieg choroby:

Przebyte choroby, operacje, badania dodatkowe w tym obrazowe:

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: ____ - ____ - 20__

Badanie:	Ilość zdjęć/plyt CD badań poprzednich:	
<input type="checkbox"/> pierwsze		
<input type="checkbox"/> następne		

Badanie:	Ilość zdjęć/plyt CD badań poprzednich:	
<input type="checkbox"/> pierwsze		
<input type="checkbox"/> następne		

Badanie:	Ilość zdjęć/plyt CD badań poprzednich:	
<input type="checkbox"/> pierwsze		
<input type="checkbox"/> następne		

Badanie:	Ilość zdjęć/plyt CD badań poprzednich:	
<input type="checkbox"/> pierwsze		
<input type="checkbox"/> następne		

Badanie:	Ilość zdjęć/plyt CD badań poprzednich:	
<input type="checkbox"/> pierwsze		
<input type="checkbox"/> następne		

Badanie:	Ilość zdjęć/plyt CD badań poprzednich:	
<input type="checkbox"/> pierwsze		
<input type="checkbox"/> następne		

Uwaga: Przeczytać uwagi na odwrocie

Gdynia ____ - ____ - 20 ____
data

data _____ pieczęć i podpis lekarza kierującego

.....
pieczętka i podpis lekarza kierującego

Zastosowana dawka promieniowania przy badaniu RTG:.....

podpis

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: _____ - ____ - 20__

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: _____ - ____ - 20__

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: _____ - ____ - 20__

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: _____ - ____ - 20__

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: _____ - ____ - 20__

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: _____ - ____ - 20__

Uczulenie na środki jodowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nadczynność tarczycy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Aktualny poziom kreatyniny		

Planowany termin badania: _____ - ____ - 20__

Uwaga: Przeczytać uwagi na odwrocie

Gdynia ____ - ____ - 20 ____
data

data

pieczętka i podpis lekarza kierującego

Zastosowana dawka promieniowania przy badaniu RTG:

podpis

1. Wszystkie radiodiagnostyczne procedury będą wykonane jedynie na podstawie prawidłowo wypisanego skierowania i podpisanego przez lekarza.
2. Badanie TK winno być ostatnim nieinwazyjnym badaniem z wyjątkiem przypadków nagłych.
3. Skierowanie należy wypełnić pismem drukowanym.
4. W przeddzień badania należy upewnić się telefonicznie o braku awarii TK, RTG, USG, MRI, Scyntygrafii, Mamografii
5. Badanie TK i Urografia, wymaga pozyskania zgody na wykonanie badania TK, RTG z kontrastem.
6. Do skierowania należy dołączyć dostępne inne badania obrazowe Pacjenta wykonane poza Szpitalem mające związek z aktualną chorobą.
7. Na czas badania TK, USG, MRI, Scyntygrafii, Mamografii wskazane jest dostarczenie historii choroby.
8. W przypadku niestabilnego stanu pacjenta wskazana jest opieka medyczna przy transporcie, oczekiwaniu na badanie.
9. Rejestracja na badania odbywa się codziennie w dni robocze w godzinach 7.30-14.30, przypadki nagłe należy zgłaszać do technika / lekarza wykonującego badanie lub w godzinach zawartych w umowie (dotyczy badań wykonywanych w innych podmiotach).
10. Zakład Diagnostyki Obrazowej zastrzega sobie wszystkie prawa autorskie dotyczące wyników wykonanych badań.
11. Przygotowanie do badań zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie: Przygotowanie do badania diagnostycznego w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej. Zalecenia dla Pacjentów i personelu medycznego UCMMIT lub umowy (dotyczy badań wykonywanych w innych podmiotach).

1. Wszystkie radiodiagnostyczne procedury będą wykonane jedynie na podstawie prawidłowo wypisanego skierowania i podpisanego przez lekarza.
2. Badanie TK winno być ostatnim nieinwazyjnym badaniem z wyjątkiem przypadków nagłych.
3. Skierowanie należy wypełnić pismem drukowanym.
4. W przeddzień badania należy upewnić się telefonicznie o braku awarii TK, RTG, USG, MRI, Scyntygrafii, Mamografii
5. Badanie TK i Urografia, wymaga pozyskania zgody na wykonanie badania TK, RTG z kontrastem.
6. Do skierowania należy dołączyć dostępne inne badania obrazowe Pacjenta wykonane poza Szpitalem mające związek z aktualną chorobą.
7. Na czas badania TK, USG, MRI, Scyntygrafii, Mamografii wskazane jest dostarczenie historii choroby.
8. W przypadku niestabilnego stanu pacjenta wskazana jest opieka medyczna przy transporcie, oczekiwaniu na badanie.
9. Rejestracja na badania odbywa się codziennie w dni robocze w godzinach 7.30-14.30, przypadki nagłe należy zgłaszać do technika / lekarza wykonującego badanie lub w godzinach zawartych w umowie (dotyczy badań wykonywanych w innych podmiotach).
10. Zakład Diagnostyki Obrazowej zastrzega sobie wszystkie prawa autorskie dotyczące wyników wykonanych badań.
11. Przygotowanie do badań zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie: Przygotowanie do badania diagnostycznego w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej. Zalecenia dla Pacjentów i personelu medycznego UCMMIT lub umowy (dotyczy badań wykonywanych w innych podmiotach).