



SKIEROWANIE NA BADANIE CT

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNI

**PACJENT ZGŁASZA SIĘ DO BADANIA NA CZCZO
POD OPIEKĄ DOROSŁEJ OSOBY TOWARZYSZĄCEJ**

Skierowanie proszę dostarczyć osobiście lub listownie (Wielospecjalistyczny Szpital Miejski, Pracownia Tomografii Komputerowej,
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz). O terminie badania należy dowiadywać się telefonicznie 0-52-37-09-353

www.szpital.bydgoszcz.pl e-mail: tomograf@szpital.bydgoszcz.pl

.....
pieczęć jednostki kierującej
numer umowy z NFZ (pieczętka)

.....
data

**SKIEROWANIE DO PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
SZPITALA MIEJSKIEGO IM. DR. E. WARMIŃSKIEGO W BYDGOSZCZY**

Rodzaj badania TK¹

DANE O PACJENCIE

Nazwisko i imię

PESEL.....data urodzenia..... Oddz. NFZ.....

adres..... tel²

ROZPOZNANIE KLINICZNE (wraz z kodem wg ICD10)

.....
.....

BADANIE PRZEDMIOTOWE.....

.....
.....

WYNIKI BADAŃ DODATKOWYCH, W TYM - OBRAZOWYCH (proszę dołączyć wyniki):

.....
.....
.....

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE.....

.....



Czy wcześniej podawano pacjentowi środki cieniujące? NIE TAK

Czy wystąpiły powikłania? NIE TAK (jakie?)

Przeciwwskazania do podania środków cieniujących:³

- choroby alergiczne
- nadczynność tarczycy
- szpiczak mnogi
- niewydolność krążenia
- choroba nadciśnieniowa
- niewydolność nerek
- cukrzyca
- porfiria

W przypadku istnienia przeciwwskazań i konieczności podania środka cieniującego proszę dołączyć opinię odpowiedniego specjalisty nt. ewentualnej możliwości podania preparatu oraz zastosowania środków zmniejszających ryzyko powikłań

ZGODA PACJENTA NA BADANIE I PODANIE ŚRODKÓW CIENIUJĄCYCH:

Wyrażam zgodę na badanie z użyciem promieniowania jonizującego. Zostałem poinformowany przez lekarza kierującego o możliwości powikłań związanych z podaniem środka cieniującego i wyrażam zgodę na jego zastosowanie.

.....
podpis pacjenta, jego opiekuna prawnego lub-jeśli to niemożliwe-lekarza kierującego

.....
podpis i pieczęć lekarza kierującego

¹ np. TK głowy, TK jamy brzusznej, TK miednicy itp.

² tylko w przypadku chorych ambulatoryjnych