

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

1 DANE PACJENTA

IMIĘ
RASA
GATUNEK
WIEK
PŁEĆ
MASA CIAŁA

2 DANE OPIEKUNA

IMIĘ I NAZWISKO
ADRES
TELEFON
EMAIL

3 PROSZĘ O WYKONANIE BADANIA TK:

- ☐ **GŁOWY:** ☐ stawy skroniowo-zuchwowe ☐ ucho środkowe i wewnętrzne ☐ zęby ☐ mózgowie
☐ jama nosowa z zatokami przynosowymi ☐ inne:
- ☐ **SZYI**
- ☐ **KRĘGOSŁUPA:** ☐ C1-Th2 ☐ Th3-L3 ☐ L1-S3
- ☐ **KLATKI PIERSIOWEJ:** ☐ płuca/oskrzela ☐ śródpiersie ☐ serce i naczynia krwionośne
- ☐ **JAMY BRZUSZNEJ I MIEDNICY:** ☐ cała jama brzuszna ☐ narządy wewnętrzne ☐ choroba nowotworowa - przerzuty
☐ wielofazowe badanie ukł. moczowego ☐ PSS
- ☐ **KOŃCZYNA PIERSIOWA:** ☐ L ☐ P ☐ nadgarstek ☐ st. łokciowy ☐ st. ramienny
- ☐ **KOŃCZYNA MIEDNICZNA:** ☐ L ☐ P ☐ st. skokowy ☐ st. kolanowy ☐ st. biodrowy
- ☐ **INNE:**
- BADANIE Z KONTRASTEM:** ☐ TAK ☐ NIE **OPIS W TRYBIE PILNYM** ☐

PRZECIWWSKAZANIA DO
PODANIA ZNIECZULENIA:

PRZECIWWSKAZANIA DO
PODANIA KONTRASTU:

4 DANE LEKARZA KIERUJĄCEGO

IMIĘ I NAZWISKO
ADRES
TELEFON
EMAIL

5 CEL BADANIA:

OBJAWY KLINICZNE:

CHOROBY PRZEWLEKŁE:

PODAWANE LEKI:

6 DOŁĄCZONE DOKUMENTY:

- ☐ badania krwi - morfologia, biochemia
☐ echo serca
☐ RTG
☐ USC
☐ historia leczenia
☐ badania histopatologiczne
☐ inne:

DATA, PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO