

SKIEROWANIE NA BADANIE METODĄ

POZYTONOWEJ TOMOGRAFII EMISYJNEJ (PET-CT / PET/MR) – DANE **OBOWIĄZKOWE** DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ LEKARZA WYSTAWIAJĄCEGO E-SKIEROWANIE

UWAGA: na e-skierowaniu należy zamieścić dane o pacjencie dot. każdej z sekcji szablonu lub też, jeżeli nie dotyczy ona danego pacjenta, wpisać „nie dotyczy”. W przypadku sekcji wyboru należy oznaczyć właściwą opcję znakiem „x”.

1. ROZPOZNANIE HISTOPATOLOGICZNE:

2. ROZPOZNANIE KLINICZNE:

3. EPIKRYZA:

4. DOTYCHCZASOWE LECZENIE

1. CHIRURGICZNE

NIE LECZONY: x

DATA ZABIEGU:

2. CHEMIOTERAPIA

NIE LECZONY: x

W TRAKCIE, DATA OST.:

ZAKOŃCZONO, DATA:

3. RADIOTERAPIA

NIE LECZONY: x

W TRAKCIE, DATA OSTATNIEGO KURSU.:

ZAKOŃCZONO, DATA:

4. HORMONOTERAPIA

NIE LECZONY: x

DATA OSTATNIEJ INIEKCJI.:

DATA NASTĘPNEJ INIEKCJI.:

ZAKOŃCZONO, DATA:

POPZEDNIE BADAIA OBRAZOWE: wpisać (nie dotyczy) lub (x) i datę badania

1. USG: (nie dotyczy)
DATA:.....
2. TK: (nie dotyczy)
DATA:.....
3. MRI: x
DATA: 12.08.2020
4. SCYNTYGRAFIA: (nie dotyczy)
DATA:.....
5. PET: (nie dotyczy)
DATA:.....

Problem kliniczny jaki ma wyjaśnić badanie.....

ISTOTNE INFORMACJE DODATKOWE:

CUKRZYCA:

NIE: x

TAK:

TYP:....., STĘŻENIE GLUKOZY.....

PACJENT NA INSULINIE: nie dotyczy

(RODZAJ INSULINY I DAWKOWANIE)

PACJENT NA LEKACH DOUSTNYCH: nie dotyczy

(NAZWA LEKU, DAWKOWANIE)

CIAŻA: (nie dotyczy)

KARMIENIE PIERSIĄ: (nie dotyczy)

NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY: (nie dotyczy)

NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA: (nie dotyczy)

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK: (nie dotyczy)

KLAUSTROFOBIA: x

WZROST: 175cm

WAGA: 74 kg

Leczenie G-CSF: nie dotyczy

Data ostatniej dawki: nie dotyczy