

Badanie wykonał: (czytelny podpis technika rtg)		Uwagi wykonującego badanie:
	Numer zlecenia:	Ustalony termin badania:
OŚRODEK ZLECAJĄCY / ODBIORCA WYNIKU Pieczęć: Nr ośrodka kosztów: Telefon:		LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE Pieczęć: Podpis lekarza: Data wystawienia skierowania:

Szpital Uniwersytecki w Krakowie, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 36, tel. (12) 424-70-00, kod 99-00152



SKIEROWANIE NA BADANIE RTG

Zakład Diagnostyki Obrazowej SU

Pracownia RTG nr 1, Rejestracja (Kopernika 19), tel. 12 424 77 65, fax 12 424 77 80, Kod: 47

Pracownia RTG nr 2, Rejestracja (Kopernika 17), tel. 12 424 77 53 Kod 47

Pracownia RTG nr 3, Rejestracja (Botaniczna 3), tel. 12 424 86 81, fax 12 424 86 80, Kod: 47

Oddział Kliniczny Kliniki Alergii i Immunologii SU – Pracownia RTG

Rejestracja (ul. Skawińska 8), tel. 12 430 52 66 w. 518, fax. 12 430 52 66 w. 518, 12 432 56 00, Kod:06

Oddział Kliniczny Kliniki Nefrologii SU– Pracownia RTG

Rejestracja (Kopernika 15-15c), tel. 12 424 78 46, Kod: 11

Oddział Kliniczny Kliniki Urologii SU – Pracownia RTG

Rejestracja (Grzegórzecka 18), tel. 12 424 78 46, Kod: 34

Oddział Kliniczny Klinik Chorób Wewnętrznych SU – Pracownia RTG

Rejestracja (Śniadeckich 10), tel. 12 424 88 25, Kod:39

Skierowanie proszę wypełnić pismem maszynowym a przed jego wypełnieniem proszę zapoznać się z uwagami na odwrocie.

DANE O PACJENCIE:

Imię i nazwisko: Data urodzenia:

W przypadku pacjentów NN proszę podać datę i godzinę przyjęcia pacjenta do Szpitala:

Adres zamieszkania (w tym województwo): tel.: PESEL:

Dla pacjentów hospitalizowanych nr Księgi Głównej i nr pacjenta w Księdze Głównej:

Waga pacjentakg Pacjent chodzący ☐ / leżący ☐ Badanie pierwsze ☐ / kolejne ☐

Badanie RTG :

Rozpoznanie kliniczne: ICD-10:

Co badanie ma wyjaśnić:

Wywiad:

Choroby przebyte:

Badanie przedmiotowe:

Jeśli badanie RTG jest kolejnym wykonywanym w naszej pracowni, proszę podać daty i numery, ponadto dołączyć opisy i obrazy (płyty CD-R, zdjęcia) poprzednich badań obrazowych (TK, MR, USG, RTG, ANGIO) - koniecznie !:.....

Zabiegi operacyjne, radioterapia:

Tolerancja wodnych środków kontrastowych:

Wyniki badań laboratoryjnych (istotne do badania, ew. do znieczulenia):

Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku pacjentów z niewydolnością nerek i nadczynnością tarczycy – przy badaniach z dożylnym podaniem środka kontrastowego koniecznie dostarczyć wyniki oznaczenia odpowiednio eGFR i TSH:.....

Prosimy o zapoznanie się z **Formularzem informacyjnym dla lekarza** kierującego dotyczącym badania RTG oraz w razie potrzeby udzielenie niezbędnej pomocy pacjentowi w wypełnieniu **Formularza informacyjnego dla pacjenta**.

W celu oszczędności papieru sugerowany jest wydruk dwustronny.

Będą przyjmowane tylko **kompletne i czytelnie wypełnione** skierowania z dołączoną dokumentacją. Ostateczną decyzję co do celowości badania podejmuje wykonujący je lekarz.

Większość badań RTG nie wymaga szczególnego przygotowania poza badaniami kontrastowymi i badaniami struktur kostnych w obrębie jamy brzusznej i miednicy.

W przypadku badań kontrastowych RTG do badania pacjent powinien zgłosić się na czczo (min. 5 godzin bez przyjmowania pokarmów). W przypadku zażywania stałych leków należy przyjąć je normalnie. Przy niektórych badaniach konieczne jest dożylne ew. doustne / doodbytnicze podanie środka kontrastowego. Pacjenci w stanie ciężkim winni posiadać pampers.

Badania RTG u kobiet w wieku rozrodczym zaleca się wykonywać w 1-10 dniu cyklu.

Ciąża jest przeciwwskazaniem do badania.

Szanowni Państwo, jeżeli rezygnujecie z badania w przypadku już ustalonego terminu, bardzo prosimy o powiadomienie o tym fakcie rejestrację Pracowni. Umożliwi to wcześniejsze badanie oczekującym w kolejce.

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego

* Niepotrzebne skreślić

Otrzymałem/am pisemną informację na temat **sposobu wykonania** oraz mogących wystąpić **powikłań** w związku z badaniem RTG, w tym z podaniem środka kontrastowego, z którą **zapoznałem/am się** i którą **zrozumiałem/am**. Oświadczam, że lekarz kierujący dodatkowo przeprowadził ze mną rozmowę, podczas której poinformował mnie wyczerpująco o zleconym badaniu diagnostycznym – sposobie jego wykonania oraz ryzyku powikłań. Udzieliłem/am lekarzowi informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Mam świadomość, że promieniowanie rtg może mieć niekorzystny wpływ na organizm ludzki oraz, że w przypadku badania z podaniem środka kontrastowego mogą wystąpić **poważne powikłania zdrowotne** ze zgonem włącznie, za co wykonujący badanie nie ponosi odpowiedzialności. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niedokończonej/niepełnej diagnozy spowodowanej nie podaniem środka kontrastowego. Mam świadomość, że w razie podania nieprawdziwych informacji, mogą u mnie wystąpić poważne powikłania zdrowotne ze zgonem włącznie, za co wykonujący badanie nie ponosi odpowiedzialności.

nie jestem / **jestem uczulony/a*** na otrzymywane preparaty diagnostyczne, leki lub inne, jeśli tak, proszę je wymienić:

wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na wykonanie badania diagnostycznego RTG
wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na podanie środka kontrastowego

podpis pacjenta:

W razie konieczności wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego zamiast pacjenta (pacjenci małoletni, ubezwłasnowolnieni) dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres i telefon:

podpis przedstawiciela ustawowego:

Opiekun faktyczny nie może wyrazić oświadczenia o zgodzie na udzielanie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku !

pieczęć i podpis lekarza odbierającego oświadczenie i decydującego o wykonaniu badania: