

Badanie wykonał: (czytelny podpis technika rtg)		Uwagi wykonującego badanie:
	Numer zlecenia:	Ustalony termin badania:
OŚRODEK ZLECAJĄCY / ODBIORCA WYNIKU Pieczeń: Nr ośrodka kosztów: Telefon:		LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE Pieczeń: 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 TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK) <i>Zakład Diagnostyki Obrazowej SU - Pracownia TK nr 1, Rejestracja (Kopernika 19), tel. 12 424 77 65, fax 12 424 77 80, Kod: 47</i> <i>Zakład Diagnostyki Obrazowej SU - Pracownia TK nr 2, Rejestracja (Botaniczna 3), tel. 12 424 86 81, fax 12 424 86 80, Kod: 47</i> <i>Oddział Kliniczny Kl. Alergii i Immunologii SU - Pracownia TK, Rejestracja (Skawińska 8), tel. 12 430 52 60 w. 316, fax 12 430 52 03, Kod: 06</i>		

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 data i godzina przyjęcia do Szpitala:
Adres zamieszkania (w tym województwo): tel.: PESEL:
Dla pacjentów hospitalizowanych nr Księgi Głównej i nr pacjenta w Księdze Głównej:
Waga pacjenta: kg Pacjent chodzący ☐ / leżący ☐ Badanie pierwsze ☐ / kolejne ☐
Badanie TK narządu:
Rozpoznanie kliniczne: ICD-10:
Co badanie ma wyjaśnić:
Wywiad:
Choroby przebyte:
Badanie przedmiotowe:
Jeśli badanie TK 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 - koniecznie dostarczyć wyniki oznaczenia odpowiednio eGFR i TSH:
Prosimy o zapoznanie się z **Formularzem informacyjnym dla lekarza** kierującego dotyczącym badania TK oraz w razie potrzeby udzielenie niezbędnej pomocy pacjentowi w wypełnieniu **Formularza informacyjnego dla pacjenta**.

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

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

Badania TK 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 rejestracji 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 tomografii komputerowej, 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 tomografii komputerowej
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 !

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