

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, 30-688 Kraków, ul. Macieja Jakubowskiego 2, tel. (12) 400 15 09 SKIEROWANIE NA BADANIE NACZYNIOWE / ZABIEG INTERWENCYJNY <i>Zakład Diagnostyki Obrazowej SU - Pracownia Angiografii i Radiologii Zabiegowej, tel. 12 400 14 49, fax 12 400 14 00</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 ☐

Rodzaj badania naczyniowego / zabiegu:

Rozpoznanie kliniczne:

..... ICD-10:

Co badanie ma wyjaśnić / w jakim celu wykonywany jest zabieg:

Wywiad:

Choroby przebyte:

Badanie przedmiotowe:

Jeśli badanie naczyniowe/zabieg interwencyjny 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):

Wyniki: APTT (ważne 1 tydzień):..... HBs (ważne 1 miesiąc):.....

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 badań naczyniowych / zabiegów interwencyjnych oraz w razie potrzeby udzielenie niezbędnej pomocy pacjentowi w wypełnieniu **Formularza informacyjnego dla pacjenta**.

W celu oszczędności papieru sugerowany jest wydruk dwustronny.

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

.....

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).

Badania naczyniowe u kobiet w wieku rozrodczym zaleca się wykonywać w 1 - 10 dniu cyklu. Cięża jest przeciwwskazaniem do badania / zabiegu.

Przygotowanie pacjenta do badania / zabiegu:

- ciśnienie tętnicze krwi (nie wyższe niż 160/90 mm Hg), wklucie
- dożylne,
- na czczo (w dniu badania rano można podać leki - po uzgodnieniu w Pracowni), wygolone
- pachwiny,
- pacjenci w stanie ciężkim winni być pod opieką lekarską.

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 naczyniowym/zabiegiem interwencyjnym*, 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/zabiegu interwencyjnym* – 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 naczyniowego** wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na wykonanie **zabiegu interwencyjnego**

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:

W celu oszczędności papieru sugerowany jest wydruk dwustronny.