


Ośrodek kierujący:		Zlecenie badania BIOPSJA GRUBOIGŁOWA NERKI do Zakładu Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków				 SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE	
Nazwisko		Wiek		Imię Pacjenta			
PESEL				Płeć		M	K
Adres							
Tryb Badania		CITO		RUTYNOWY			
cel biopsji		rozpoznanie choroby nerek					
		monitorowanie skuteczności terapii/progresji patologii nerek (kolejna biopsja)					
kliniczne rozpoznanie choroby nerek:							
początek choroby (m/r):							
choroby nerek w rodzinie		tak		nie		bd	
jeśli tak sprecyzuj		FSGS		z. Alporta		ch. cienkich błon	
		inne		nieznane rozpozn.		IgAN	
						krewny dializowany / po Tx	
Czy w przeszłości były wykonywane biopsje u tego pacjenta ?							
jeśli tak sprecyzuj		data biopsji					
		rozpoznanie					
		ośrodek rozpoznający					
Przebieg aktualnej choroby nerek		ostry		przewlekły		bd	
Niewydolność nerek		gwałtownie postępow.		ONN		PChN	
Zespół kliniczny		z. nerczycowy				nienercycowy białkomocz	
		z. nefrytyczny				kwinkomocz/krwiomocz	
objawy kliniczne		obrzęki		anemia		krwioplucie	
		bólę lędźwi		bólę stawowe		gorączka	
nadciśnienie tętnicze		tak		nie		kontrolowane farmakologicznie	
wartości:		...../..... mmHg					
przebyta faza nadciśnienia złośliwego:		tak		nie		bd	
<b>INNE CHOROBY</b>							
nietolerancja glukozy		tak		nie			
cukrzyca		nie		tak		typ 1	
		posterydowa		inny typ		typ 2	
retinopatia ckrzycowa		tak		nie		nie badano	
nowotwór złośliwy:		nie		tak		typ:.....	
				obecnie		w wywiadzie	
zapalenie stawów		nie		tak		typ:.....	
pierwsze objawy choroby nerek w ciąży							
ciąża w okresie 12 miesięcy przed biopsją							
pacjentka aktualnie w ciąży							
choroba serca		nie		tak		rozpoznanie:.....	
choroby płuc		nie		tak		: .....	
miażdżycy obwodowej		nie		tak		: .....	
choroby wątroby		nie		tak		: .....	
choroby hematologiczne		nie		tak		: .....	
choroby ukł. pokarmowego		nie		tak		: .....	
toczeń		nie		tak		podtyp:.....	
inne (nie wymienione schorzenia): .....							
aktualna terapia		dializy		plazmafereza		SM w bolusach	
		CsA		doustne glikokortykosteroidy		MMF	
		inne leki immunodepresyjne, jaki		Diuretyki		NLPZ	
		ACE-inhibitory/blokery receptora (ARB)				Beta-blokery	
		inne leki, potencjalnie nefrotoksyczne				leki hipolipemizujące	

wzrost pacjenta:..... cm		masa ciała:..... kg	
<b>DANE LABORATORYJNE</b>			
<b>badanie krwi</b>			
płytki	obniżone <input type="checkbox"/>	wysokie <input type="checkbox"/>	prawidłowe <input type="checkbox"/>
stężenie kreatyniny	..... mg/dl		lub ..... umol/l
eGFR	..... ml/min		
stężenie białka całk.	..... g/dl		
stęż. albumin	..... g/dl		
stęż. cholesterolu	..... mg/dl		lub ..... mmol/l
ANCA	C (PR3) <input type="checkbox"/>	dodatnie <input type="checkbox"/>	ujemne <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
	P (MPO) <input type="checkbox"/>	dodatnie <input type="checkbox"/>	ujemne <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
ANA	dodatnie <input type="checkbox"/>		ujemne <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
anty-ds. DNA	dodatnie <input type="checkbox"/>		ujemne <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
anty-GMB	dodatnie <input type="checkbox"/>		ujemne <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
dopełniacz	C3	obniżony <input type="checkbox"/>	prawidłowy <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
	C4	obniżony <input type="checkbox"/>	prawidłowy <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
krioglobuliny	tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
białko monoklonalne	nie <input type="checkbox"/>		nie badano <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> sprecyzuj: .....
czy oznaczano stosunek wolnych lekkich łańcuchów (FLC) w surowicy	tak <input type="checkbox"/>	nie badano <input type="checkbox"/> jeśli tak: czy stosunek wolnych λ/ κ sugeruje gammapatię monoklonalną?	
białko SAA	norma <input type="checkbox"/>	podwyższone <input type="checkbox"/>	nie badano <input type="checkbox"/>
ASO	podwyższone <input type="checkbox"/>		nie podwyższone <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
aktywne zakażenia	HBV	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
	HCV	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
	HIV	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
<b>badanie moczu</b>			
objętość	norma <input type="checkbox"/>	anuria <input type="checkbox"/>	oliguria <input type="checkbox"/> poliuria <input type="checkbox"/>
białkomocz	..... mg/dl		lub ..... umol/l
mikroalbuminuria	tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
osad	makroskopowy krwiomocz <input type="checkbox"/>		krwinkomocz <input type="checkbox"/> bakteriiuria <input type="checkbox"/>
	dysmorficzne erytrocyty <input type="checkbox"/>		krwinkomocz <input type="checkbox"/>
wałeczki	szkliste <input type="checkbox"/>	ziarniste <input type="checkbox"/>	nieobecne <input type="checkbox"/> nie badano <input type="checkbox"/>
epizody ZUM w przeszłości	tak <input type="checkbox"/>		nie <input type="checkbox"/> bd <input type="checkbox"/>
długość nerek (USG)	prawa ..... cm	lewa ..... cm	
<b>dotatkowe informacje, uwagi:</b>			
ZAZNACZA PATOLOG	Wykonano badania		MŚ: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			IFL: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			ME: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Data i godz. pobrania materiału (zabiegu) _____		Lekarz kierujący	
Data i godz. utrwalenia materiału _____			
Rodzaj utrwalacza _____			
Data wystawienia skierowania _____			
<b>Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowych, niezbędnych badań TAK <input type="checkbox"/> do kwoty..... NIE <input type="checkbox"/></b>			
Zgodnie z § 5 ust. 1 i 2 Umowy w przypadku udzielenia świadczeń wykraczających poza zakres umowy, ale niezbędnych dla prawidłowego wykonania świadczeń zdrowotnych Szpitalowi Uniwersyteckiemu przysługuje wynagrodzenie według cen określonych w Regulaminie Organizacyjnym, chyba że zaznaczono powyżej, że nie wyraża się zgody na wykonanie dodatkowych badań. Brak zgody oznacza przyjęcie do wiadomości, że rozpoznanie patomorfologiczne może nie być zupełne, jak również zobowiązanie się do nie dochodzenia żadnych roszczeń wynikających z powyższego faktu.			
<b>Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń:</b>			
<input type="checkbox"/> 1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem są usługami w zakresie opieki medycznej, służącymi profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz usługami ściśle z tymi usługami związanymi, w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004r. o podatku od towarów i usług i jako takie są zwolnione od podatku VAT.			
<input type="checkbox"/> 2. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszym skierowaniem wymagają opodatkowania podatkiem VAT, w szczególności zalecane są w innych celach niż wymienione w pkt.1.			