


| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| Ośrodek kierujący: | | Zlecenie badania BIOPSJA GRUBOIGŁOWA NERKI do Zakładu Patomorfologii NSSU ul. Jakubowskiego 2, 30-688 Kraków | |  SZPITAL UNIWERSYTECKI W KRAKOWIE | |
| Nazwisko | | Imię Pacjenta | | | |
| PESEL | | Wiek | | Płeć M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | |
| Adres | | | | | |
| Tryb Badania | | CITO <input type="checkbox"/> | | RUTYNOWY <input type="checkbox"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> | | nie <input type="checkbox"/> | |
| jeśli tak sprecyzuj | | FSGS <input type="checkbox"/> | | z. Alporta <input type="checkbox"/> | |
| | | inne <input type="checkbox"/> | | nieznane rozpozn. <input type="checkbox"/> | |
| | | bd <input type="checkbox"/> | | ch. cienkich błon <input type="checkbox"/> | |
| | | | | IgAN <input type="checkbox"/> | |
| | | | | krewny dializowany / po Tx <input type="checkbox"/> | |
| Czy w przeszłości były wykonywane biopsje u tego pacjenta ? | | | | | |
| jeśli tak sprecyzuj | | data biopsji | | | |
| | | rozpoznanie | | | |
| | | ośrodek rozpoznający | | | |
| Przebieg aktualnej choroby nerek | | ostry <input type="checkbox"/> | | przewlekły <input type="checkbox"/> | |
| Niewydolność nerek | | gwałtownie postęp. <input type="checkbox"/> | | ONN <input type="checkbox"/> | |
| Zespół kliniczny | | z. nerczycowy <input type="checkbox"/> | | bd <input type="checkbox"/> | |
| | | z. nefrytyczny <input type="checkbox"/> | | PChN <input type="checkbox"/> | |
| | | | | bez NN <input type="checkbox"/> | |
| | | | | nienerczycowy białkomocz <input type="checkbox"/> | |
| | | | | kwinkomocz/krwiomocz <input type="checkbox"/> | |
| objawy kliniczne | | obrzęki <input type="checkbox"/> | | anemia <input type="checkbox"/> | |
| | | bólę lędźwi <input type="checkbox"/> | | bólę stawowe <input type="checkbox"/> | |
| | | | | krwioplucie <input type="checkbox"/> | |
| | | | | gorączka <input type="checkbox"/> | |
| nadciśnienie tętnicze | | tak <input type="checkbox"/> | | nie <input type="checkbox"/> | |
| wartości: | |/..... mmHg | | kontrolowane farmakologicznie <input type="checkbox"/> | |
| przebyta faza nadciśnienia złośliwego: | | tak <input type="checkbox"/> | | nie <input type="checkbox"/> | |
| | | | | bd <input type="checkbox"/> | |
| INNE CHOROBY | | | | | |
| nietolerancja glukozy | | tak <input type="checkbox"/> | | nie <input type="checkbox"/> | |
| cukrzyca | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| | | posterydowa <input type="checkbox"/> | | inny typ <input type="checkbox"/> | |
| retinopatia ckrzycowa | | tak <input type="checkbox"/> | | nie <input type="checkbox"/> | |
| | | | | nie badano <input type="checkbox"/> | |
| nowotwór złośliwy: | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| | | | | obecnie <input type="checkbox"/> | |
| | | | | typ:..... | |
| | | | | w wywiadzie <input type="checkbox"/> | |
| zapalenie sawów | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| pierwsze objawy choroby nerek w ciąży | | | | typ:..... | |
| ciąża w okresie 12 miesięcy przed biopsją | | | | | |
| pacjentka aktualnie w ciąży | | | | | |
| choroba serca | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| choroby płuc | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| miażdżycy obwodowa | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| choroby wątroby | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| choroby hematologiczne | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| choroby ukł. pokarmowego | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| toczeń | | nie <input type="checkbox"/> | | tak <input type="checkbox"/> | |
| inne (nie wymienione schorzenia): | | | | | |
| aktualna terapia | | dializy <input type="checkbox"/> | | plazmafereza <input type="checkbox"/> | |
| | | CsA <input type="checkbox"/> | | doustne glikokortykosteroidy <input type="checkbox"/> | |
| | | inne lek immunodepresyjny, jaki <input type="checkbox"/> | | Diuretyki <input type="checkbox"/> | |
| | | ACE-inhibitory/blokery receptora (ARB) <input type="checkbox"/> | | leki hipolipemizujące <input type="checkbox"/> | |
| | | inne leki, potencjalnie nefrotoksyczne <input type="checkbox"/> | | | |
| wzrost pacjenta: | | cm | | masa ciała: | |
| | | | | kg | |

| DANE LABORATORYJNE | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| badanie krwi | | | | | | | | | | |
| 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 gammopatię 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"/> | |
| badanie moczu | | | | | | | | | | |
| 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"/> | bakteriuria <input type="checkbox"/> | | |
| | dysmorficzne eryocyty | | | <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 | | | | |
| dodatkowe informacje, uwagi: | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowych, niezbędnych badań TAK <input type="checkbox"/> do kwoty..... NIE <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <small>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.</small> | | | | | | | | | | |
| Prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych oświadczeń: | | | | | | | | | | |
| <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. | | | | | | | | | | |