

ZAKŁAD MEDYCYNY NUKLEARNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
20-718 Lublin, al. Kraśnicka 100, tel. (0-81) 537-44-71

Jednostka kierująca (pieczętka)	<p style="text-align: center;">SKIEROWANIE NA BADANIE IZOTOPOWE SERCA</p> <p>SCYNTYGRAFIA MIĘŚNIA SERCA :</p> <p><input type="checkbox"/> - SPOCZYNEK <input type="checkbox"/> - WYSIŁEK</p> <p><input type="checkbox"/> - PRZECIEKI WEWNĄTRZSERCOWE (SHUNT)</p>
---------------------------------	--

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres..... TEL.....

Rozpoznanie kliniczne i kod ICD.....

.....

Cel badania.....

.....

Krótki wywiad.....

.....

Poprzednie badanie izotopowe.....

Leczenie.....

Waga ciała.....Wzrost.....RR.....

EKG.....

Inne badania dodatkowe np. ECHO, wentrykulografia, rtg itp.

.....

Jedynym przeciwwskazaniem do badania scyntygraficznego jest ciąża i okres karmienia.

Lublin, dnia.....

podpis i pieczętka
lekarza kierującego

-
1. Rejestracja pacjentów przez lekarza kierującego- telefonicznie (lub osobiście w Zakładzie)
w godz. 8.00 - 13.00, codziennie.
 2. Termin badania uzgodniony z Zakładem: data..... godz.....
 3. Wyrażam zgodę na badanie izotopowe
- (podpis pacjenta)

WYNIKI BADAŃ SĄ WYDAWANE PACJENTOWI LUB OSOBIE POSIADAJĄCEJ PISEMNE UPOWAŻNIENIE.