

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>SKIEROWANIE NA BADANIE IZOTOPOWE TARCZYCY</p> <p><input type="checkbox"/> - SCYNTYGRAFIA TECHNETOWA (99 mTc)</p> <p><input type="checkbox"/> - SCYNTYGRAFIA JODOWA (I 131)</p>
---------------------------------	--

Nazwisko i imię.....

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

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

Rozpoznanie kliniczne i kod ICD.....

Cel badania.....

Krótki wywiad.....

Poprzednie badanie izotopowe.....

Badanie fizykalne tarczycy.....

Waga ciała..... Wzrost.....

Objawy oczne..... Drżenie mięśniowe.....

Szybkość akcji serca w spoczynku..... RR.....

Zaburzenia rytmu serca.....

Stosowane leczenie.....

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 tarczycy.....

(podpis pacjenta)

WYNIKI BADAŃ SĄ WYDAWANE PACJENTOWI LUB OSOBIE POSIADAJĄCEJ PISEMNE UPOWAŻNIENIE.