

**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

**SKIEROWANIE NA LIMFOSCYNTYGRAFIĘ**

- OCENA WĘZŁÓW CHŁONNYCH  
 - OCENA DROŻNOŚCI NACZYŃ CHŁONNYCH

Jednostka kierująca (pieczętka)

Nazwisko i imię.....

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

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

Rozpoznanie kliniczne i kod ICD.....

Stadium zaawansowania choroby.....

Krótki wywiad.....

Lokalizacja zmiany.....

Macalne zmiany.....

Obrzęki.....

Badania histopatologiczne.....

Dotychczasowe badania diagnostyczne (izotop, rtg, USG, mammogr.,NMR).....

Waga.....Wzrost.....

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.