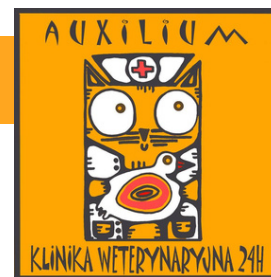


SKIEROWANIE NA BADANIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ



Badanie: REZONANS MAGNETYCZNY / TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (niewłaściwe skreślić)

Dane pacjenta:

Imię _____

Gatunek _____

Rasa _____

Płeć _____

Wiek _____

Waga (kg) _____

Dane Właściciela:

Imię _____

Nazwisko _____

Adres _____

Telefon _____

Email _____

Badanie tomografii komputerowej - część ciała / okolica

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cała głowa | <input type="checkbox"/> Cała klatka piersiowa | <input type="checkbox"/> Cały kręgosłup (C1-S3) | <input type="checkbox"/> Kończ. piersiowe (całe) |
| <input type="checkbox"/> Mózgowie | <input type="checkbox"/> Ściana klatki | <input type="checkbox"/> Kręgosłup szyjny (C1-Th2) | <input type="checkbox"/> Kończ. miedniczne (całe) |
| <input type="checkbox"/> Trzewioczaszka | <input type="checkbox"/> Płuca | <input type="checkbox"/> Piersiowo-lędźwiowy (Th3-L3) | <input type="checkbox"/> Stawy biodrowe |
| <input type="checkbox"/> Jamy nosowe | <input type="checkbox"/> Drzewo oskrzelowe | <input type="checkbox"/> Lędźwiowo-krzyżowy (L1-S3) | <input type="checkbox"/> Stawy kolanowe |
| <input type="checkbox"/> Ucho środk. / wewn. | <input type="checkbox"/> Cała jama brzuszna | <input type="checkbox"/> Mielo-TK (jaki obszar) | <input type="checkbox"/> Stawy skokowe |
| <input type="checkbox"/> Oczodoły | <input type="checkbox"/> Narządy wewn. | <input type="checkbox"/> Badanie przesiewowe -
choroba nowotworowa | <input type="checkbox"/> Stawy ramienne |
| <input type="checkbox"/> Układ
stomatognatyczny | <input type="checkbox"/> PSS | | <input type="checkbox"/> Stawy łokciowe |
| | <input type="checkbox"/> Układ moczowy | | <input type="checkbox"/> Stawy nadgarstkowe |

Badanie rezonansu magnetycznego

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Głowa (mózgowie) |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup - wysoki odc. szyjny (C1-C5) |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup - odc. szyjno-piersiowy (C6-Th2) |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup - odc. piersiowo-lędźwiowy (Th3-L3) |
| <input type="checkbox"/> Kręgosłup - odc. lędźwiowo-krzyżowy (L4-S3) |

Dodatkowe badania

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> konsultacja neurologiczna |
| <input type="checkbox"/> Badanie PMR (TP, pleocyty, cytologia) |
| <input type="checkbox"/> Badanie PMR - inne:
_____ |
| <input type="checkbox"/> EMG
_____ |

Podejrzenie kliniczne:

Załączone dokumenty:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Badania krwi |
| <input type="checkbox"/> USG j. brzusznej |
| <input type="checkbox"/> RTG |
| <input type="checkbox"/> ECHO serca / EKG / kons. kardiologiczna |
| <input type="checkbox"/> wcześniejsze MRI |
| <input type="checkbox"/> wcześniejsze TK |
| <input type="checkbox"/> historia choroby |

Data, podpis i pieczęć
lekarza kierującego