

Numer zlecenia:		Ustalony termin badania:	
OŚRODEK ZLECAJĄCY / ODBIORCA WYNIKU Pieczęć: Nr ośrodka kosztów: Telefon:		LEKARZ ZLECAJĄCY BADANIE Pieczęć: Podpis lekarza: Data wystawienia skierowania:	
 Szpital Uniwersytecki w Krakowie, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 36, tel. (12) 424-70-00, kod 99-00152 SKIEROWANIE NA BADANIE NACZYNIOWE / ZABIEG INTERWENCYJNY <i>Zakład Diagnostyki Obrazowej SU - Pracownia Diagnostyki Naczyniowej i Radiologii Zabiegowej, Rejestracja (Botaniczna 3), tel. 12 424 77 74, fax 12 424 86 80, Kod: 47</i>			

Skierowanie proszę wypełnić pismem maszynowym a przed jego wypełnieniem proszę zapoznać się z uwagami na odwrocie.

DANE O PACJENCIE:

Imię i nazwisko: Data urodzenia:
 W przypadku pacjentów NN data i godzina przyjęcia do Szpitala:
 Adres zamieszkania (w tym województwo): tel.: PESEL:
 Dla pacjentów hospitalizowanych nr Księgi Głównej i nr pacjenta w Księdze Głównej:
 Waga pacjenta: kg Pacjent chodzący ☐ / leżący ☐ Badanie pierwsze ☐ / kolejne ☐
 Rodzaj badania naczyniowego / zabiegu:
 Rozpoznanie kliniczne:
 ICD-10:
 Co badanie ma wyjaśnić / w jakim celu wykonywany jest zabieg:

 Wywiad:

 Choroby przebyte:

 Badanie przedmiotowe:

 Jeśli badanie naczyniowe/zabieg interwencyjny jest kolejnym wykonywanym w naszej pracowni, proszę podać daty i numery, ponadto dołączyć opisy i obrazy (płyty CD-R, zdjęcia) poprzednich badań obrazowych (TK, MR, USG, RTG, ANGIO) – koniecznie!
 Zabiegi operacyjne, radioterapia:

 Tolerancja wodnych środków kontrastowych:
 Wyniki badań laboratoryjnych (istotne do badania, ew. do znieczulenia):

 Wyniki: APTT (ważne 1 tydzień): HBs (ważne 1 miesiąc):

Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku pacjentów z niewydolnością nerek i nadczynnością tarczycy - koniecznie dostarczyć wyniki oznaczenia odpowiednio eGFR i TSH:
 Prosimy o zapoznanie się z **Formularzem informacyjnym dla lekarza** kierującego dotyczącym badań naczyniowych / zabiegów interwencyjnych oraz w razie potrzeby udzielenie niezbędnej pomocy pacjentowi w wypełnieniu **Formularza informacyjnego dla pacjenta**.

Będą przyjmowane tylko **kompletne i czytelnie wypełnione** skierowania z dołączoną dokumentacją. Ostateczną decyzję co do celowości badania podejmuje wykonujący je lekarz.

Do badania pacjent powinien zgłosić się na czczo (min. 5 godzin bez przyjmowania pokarmów).

Badania naczyniowe u kobiet w wieku rozrodczym zaleca się wykonywać w 1 - 10 dniu cyklu.

Ciąża jest przeciwwskazaniem do badania / zabiegu.

Przygotowanie pacjenta do badania / zabiegu:

- ciśnienie tętnicze krwi (nie wyższe niż 160/90 mm Hg),
- wklucie dożylnie,
- na czczo (w dniu badania rano można podać leki - po uzgodnieniu w Pracowni),
- wygolone pachwiny,
- pacjenci w stanie ciężkim winni być pod opieką lekarską.

Szanowni Państwo, jeżeli rezygnujecie z badania w przypadku już ustalonego terminu, bardzo prosimy o powiadomienie o tym fakcie rejestracji Pracowni. Umożliwi to wcześniejsze badanie oczekującym w kolejce.

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego

* Niepotrzebne skreślić

Otrzymałem/am pisemną informację na temat **sposobu wykonania** oraz mogących wystąpić **powikłań** w związku z badaniem naczyniowym/zabiegiem interwencyjnym*, w tym z podaniem środka kontrastowego, z którą **zapoznałem/am się** i którą **zrozumiałem/am**. Oświadczam, że lekarz kierujący dodatkowo przeprowadził ze mną rozmowę, podczas której poinformował mnie wyczerpująco o zleconym badaniu diagnostycznym/zabiegu interwencyjnym* – sposobie jego wykonania oraz ryzyku powikłań. Udzieliłem/am lekarzowi informacji dotyczących mojego stanu zdrowia. Mam świadomość, że promieniowanie rtg może mieć niekorzystny wpływ na organizm ludzki oraz, że w przypadku badania z podaniem środka kontrastowego mogą wystąpić **poważne powikłania zdrowotne** ze zgonem włącznie, za co wykonujący badanie nie ponosi odpowiedzialności. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niedokończonych/niepełnej diagnozy spowodowanej nie podaniem środka kontrastowego. Mam świadomość, że w razie podania nieprawdziwych informacji, mogą u mnie wystąpić poważne powikłania zdrowotne ze zgonem włącznie, za co wykonujący badanie nie ponosi odpowiedzialności.

nie jestem / **jestem uczulony/a*** na otrzymywane preparaty diagnostyczne, leki lub inne, jeśli tak, proszę je wymienić:

wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na wykonanie **badania diagnostycznego naczyniowego**

wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na wykonanie **zabiegu interwencyjnego**

wyrażam zgodę / **nie wyrażam zgody*** na podanie środka kontrastowego

podpis pacjenta:

W razie konieczności wyrażenia zgody przez przedstawiciela ustawowego zamiast pacjenta (pacjenci małoletni, ubezwłasnowolnieni) dane przedstawiciela ustawowego:

Imię i nazwisko: PESEL:

Adres i telefon:

podpis przedstawiciela ustawowego:

Opiekun faktyczny nie może wyrazić oświadczenia o zgodzie na udzielanie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku !

pieczęć i podpis lekarza odbierającego oświadczenie i decydującego o wykonaniu badania: