



Czytelna pieczęć jednostki kierującej (poradni)
aktualny nr umowy z NFZ (patrz pkt. 3 str. 2)

Wypełnia SCANX

nr badania / kod kreskowy

_____ dnia _____ 20__ r.

Skierowanie na badanie

Tryb finansowania

NFZ HOSP KOM pacjent Pakiet onkologiczny

u Pana / Pani _____

Adres _____ telefon _____

Data urodzenia _____ PESEL /dok.tożs _____

Poziom kreatyniny _____ z dnia _____ eGFR _____ ml/min/1.73 m²

Rozpoznanie _____

_____ Kod ICD 10 _____

Proszę o badanie _____

Cel badania (uzasadnienie) _____

Badania diagnostyczne dotychczas wykonane _____

Podpis i pieczęć lekarza kierującego – specjalizacja i nr prawa wykonywania zawodu

ANKIETA PACJENTA/PACJENTKI PRZED BADANIEM

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź.

WYPEŁNIAJĄ PACJENCI I PACJENTKI

Czy występują u Pana / Pani reakcje alergiczne? (uczulenie na środki kontrastowe, leki, inne) NIE WIEM TAK NIE

Czy miał Pan / Pani podawany środek kontrastowy dożylnie? Jeśli tak, proszę napisać jaki środek był podawany i jak Pan / Pani czuł/a się po podaniu ww. środka. NIE WIEM TAK NIE

Czy w ciągu 24 godz. poprzedzających badanie miał Pan/Pani wykonane inne badanie ze środkiem kontrastowym lub znacznikiem izotopowym? NIE WIEM TAK NIE

WYPEŁNIAJĄ PACJENTKI W WIEKU 13-55 LAT

Ciąża stanowi przeciwwskazanie do wykonania badania w promieniowaniu rentgenowskim.

Oświadczam, że w dniu badania

- nie jestem w ciąży osoba będąca pod moją opieką jest / nie jest w ciąży
 jestem w ciąży badanie ze wskazań życiowych (wypełnia lekarz kierujący)

Oświadczam, że upoważniam:

_____ do
(imię i nazwisko, PESEL / rodzaj i nr dokumentu tożsamości upoważnionego)

- odbioru wyniku badania uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach udostępniania dokumentacji medycznej

Upoważnienie obowiązuje również na wypadek śmierci.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania

Wyrażam / nie wyrażam zgody na podanie środka kontrastowego.

_____ Data i podpis Pacjenta, os. uprawnionej lub lek. kierującego

Uwagi dla lekarza kierującego na badanie obrazowe

1. Lekarz radiolog decyduje o obszarze i sposobie wykonania badania zgodnie z § 4 pkt 1, 5 Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 18.02.2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji (Dz. U. 2011, nr 51, poz. 265) oraz art. 33a-c Ustawy z dn. 29.11.2000 r. – Prawo atomowe (Dz. U. 2001, nr 3, poz. 18 – z późn. zm. – tekst jednolity Dz. U. 2007, nr 42, poz. 276).
2. Badania wykonuje się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza pracującego w zakładzie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, posiadającego odpowiednią umowę z NFZ. Świadczenia w zakresie MR i TK, wykonywane na podstawie skierowań z ww. jednostek, są w całości refundowane przez NFZ. Badania wykonywane są także na podstawie skierowań z jednostek, z którymi SCANX zawarł umowę na określony rodzaj świadczeń.
3. Podstawą do wykonania refundowanego badania TK/MR jest poprawnie wystawione skierowanie zgodnie z Rozp. Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 2010, nr 252, poz. 1697) zawierające przede wszystkim oznaczenie podmiotu kierującego (zgodne z § 10 ust. 1 pkt 1) oraz czytelnie i poprawnie wypełnioną treść w części dotyczącej informacji o pacjencie i przyczynie skierowania.
4. Zachęcając Państwa do korzystania ze skierowania prosimy o dokładne wypełnienie rubryk.
5. W świetle obowiązujących przepisów wymagana jest zgoda pacjenta na wykonanie badania obrazowego. Z tego powodu prosimy o dopilnowanie tej formalności (podpis pacjenta na skierowaniu)
6. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania rezonansu magnetycznego są wszczepione u pacjenta urządzenia elektryczne i elektroniczne, w szczególności rozrusznik serca, pompa insuliniowa, aparat słuchowy, a także klipsy metalowe wewnątrzczaszkowe oraz metaliczne ciała w oku. Metalowe endoprotezy, szwy i ciała obce w innej lokalizacji, są względnym przeciwwskazaniem do badania MR. W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny z kierownikiem pracowni MR. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania TK jest także ciąża lub jej podejrzenie, natomiast do badania MR – pierwszy trymestr ciąży.
7. Do pomieszczenia, gdzie wykonywane jest badanie MR, nie wolno wносить: kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów i innych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do tego zakazu może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów oraz urządzenia diagnostycznego, a także może narazić na niebezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i osoby obsługujące urządzenie.
8. Pacjent zgłaszający się na badanie powinien poinformować lekarza kierującego lub personel pracowni diagnostycznej o chorobach alergicznych lub uczuleniu na radiologiczne środki kontrastowe.
9. Pacjent powinien przynieść ze sobą wyniki i zdjęcia z poprzednich badań obrazowych (TK/MR/RTG/USG) oraz posiadaną inną dokumentację medyczną (opinie lekarskie, karty informacyjne leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego).
10. Przed badaniem wymagającym podania środka kontrastowego, pacjent powinien okazać wyniki badania krwi w kierunku określenia poziomu kreatyniny w surowicy krwi i GFR (nie starsze niż 2 tyg. od planowej daty wykonania badania)
11. W większości przypadków pacjent powinien zgłosić się na badanie TK i cholangio-MR na czczo lub pozostawać 6 godzin przed badaniem bez jedzenia i 3 godziny przed badaniem ograniczyć się do picia wyłącznie wody. W przypadku badań MR pacjent powinien powstrzymać się od jedzenia przez 2 godziny przed badaniem, dbając jednocześnie o odpowiednie nawodnienie organizmu. Dokładna informacja o sposobie przygotowania na badanie będzie udzielona w trakcie rejestracji.
12. Wszelkie informacje o skierowaniach, sposobie przygotowania się do badania, rodzaju wykonywanych badań można otrzymać w Centrum Obsługi Pacjenta pod nr telefonu 801 88 88 11, 32 661 00 90.

Pracownie: TK, MR, USG, RTG, MMG

Pl. Medyków 1, 41-200 Sosnowiec
tel. 32 730 66 60 fax 32 730 66 68

Pracownie: TK, MR

ul. Bytomska 41, 41-400 Mysłowice
tel. 32 661 11 20 fax 32 661 11 22

Pracownia Tomografii Komputerowej

ul. Wyspiańskiego 21, 43-300 Bielsko-Biała
tel. 33 811 12 20 fax 33 811 12 21

Pracownia Rezonansu Magnetycznego

ul. Bielska 4, 43-400 Cieszyn
tel. 33 472 31 00 fax 33 472 31 02

Pracownia Rezonansu Magnetycznego

ul. Medyków 16, 40-752 Katowice
tel. 32 661 01 00 fax 32 661 01 02

**Pracownia Rezonansu Magnetycznego,
RTG**

ul. Wały Dwernickiego 43/45,
42-202 Częstochowa
tel. 34 347 39 90 fax 34 347 39 92

REJESTRACJA I INFORMACJA TELEFONICZNA

od poniedziałku do piątku, od godz. 8:00 do godz. 17:00

tel. 32 661 00 90, 801 88 88 11