

pieczętka jednostki kierującej

Skierowanie do Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej
SPSK nr 4 w Lublinie, ul. Dr K. Jaczewskiego 8c, rejestracja tel.: 81 724-43-87, 81 724-41-21

SKIEROWANIE NA BADANIE RADIOIZOTOPOWE TARCZYCY

Scyntygrafia technetowa Scyntygrafia MIBI^{99m} Tc Jodochwytność Scyntygrafia jodowa

Poziom we krwi: TSH FT₃ FT₄ TSI anty TPO anty TG

Pani (Pan): Płeć: K M

Adres: Telefon:

PESEL*: Data ur:

Rozpoznanie: Kod ICD-10:

W przypadku, gdy badanie wykonujemy w trybie ambulatoryjnym i pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody, należy wpisać: **imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego.**

Cel badania:

Wywiad/leczenie:

Przyjmowane leki:

Badanie fizykalne tarczycy/pacjenta:

Badania dotychczas wykonane:

Data pobrania materiału: - -
(dzień) (miesiąc) (rok)

Godzina pobrania: :

Czytelny podpis osoby pobierającej

Data przyjęcia materiału: - -
(dzień) (miesiąc) (rok)

Godzina przyjęcia: :

* w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka należy podać numer PESEL matki.

Lublin, dnia

Pieczętka i podpis lekarza kierującego