

Pieczętka oddziału kierującego:

Data wystawienia.....

**SKIEROWANIE NA BADANIE ANGIOGRAFICZNE (DSA)
/ZABIEG ENDOWASKULARNY**

.....
**DO PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ I BADAŃ NACZYNIOWYCH
SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO NR 2 W RZESZOWIE
UL. LWOWSKA 60 TEL. 17 8664582 FAX: 17 8664602**

**SKIEROWANIE PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, PRZED WYPEŁNIENIEM ZAPOZNAĆ SIĘ Z
UWAGAMI NA ODWROCIE!**

DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko pacjenta, data urodzenia.....
Adres zamieszkania.....Gmina.....
Poczta.....Tel.....
Nr historii choroby:.....**PESEL**.....

DANE MAJĄCE ISTOTNE ZNACZENIE DLA BADANIA:

- ▶ Waga pacjenta kg. Stan pacjenta wymaga anestezjologa: TAK NIE
▶ Rozpoznanie wstępne.....Kod ICD 10

▶ Cel badania.....

▶ Wywiad, dotychczasowy przebieg choroby

▶ Badanie przedmiotowe.....

▶ Wyniki badań dodatkowych.....RR.....

▶ Parametry funkcji nerek: prawidłowe nieprawidłowe

▶ Parametry układu krzepnięcia: prawidłowe nieprawidłowe

▶ Czy pacjent przyjmuje leki wpływające na krzepliwość krwi? NIE TAK (jakie?)

▶ Czy były wykonywane inne badania obrazowe związane z prowadzoną diagnostyką (zakreślić):

TK Angio-TK MR Angio-MR USG DSA

Do skierowania konieczne jest dołączenie dokumentacji (zdjęcia, opisy) zaznaczonych badań!

▶ Czy wystąpiły objawy niepożądane po podaniu środka kontrastowego? NIE TAK (jakie?)

▶ Czy pacjent choruje na następujące schorzenia (**właściwe podkreślić**): szpiczak mnogi, cukrzyca, nadczynność tarczycy, zaburzenia dotyczące białek ustrojowych, niewydolność krążenia, padaczka, guz chromochłonny nadnerczy, miastenia, choroby z autoagresji, nadużywanie alkoholu, astma lub inne alergię- podać jakie:

**JESTEM POINFORMOWANY O CELU, PRZEBIEGU I MOŻLIWYCH POWIKŁANIACH BADANIA
I WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA.**

.....
(podpis pacjenta)

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Podpis i pieczętka ordynatora

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO BADANIA:

- ciśnienie tętnicze krwi (nie wyższe niż 160/90)
- wkłucie dożylne
- wygolone pachwiny (w przypadku niedrożności tt. udowych – wygolone pachy)
- pacjenci w stanie ciężkim winni być pod opieką lekarską
- pacjent powinien być na czczo od minimum 5 godzin przed badaniem, *dobrze nawodniony*, 2 godziny przed badaniem nie powinien pić większej ilości płynów,
- pacjent powinien przyjmować wszelkie stosowane dotychczas leki w normalny sposób, w razie wątpliwości prosimy o kontakt z pracownią,
- zaleca się odstawienie leków przeciwcukrzycowych z grupy biguanidów (metformina) na 48 godzin przed planowanym badaniem i ponowne włączenie ich do leczenia po ustabilizowaniu czynności nerek

TYLKO KOMPLETNE I CZYTELNE WYPEŁNIONE SKIEROWANIA WRAZ Z DOŁĄCZONĄ DOKUMENTACJĄ BĘDĄ PRZYJMOWANE.

W PRZYPADKU REZYGNACJI Z BADANIA Z USTALONYM TERMINEM, POSIMY O POWIADOMIENIE NASZEJ PRACOWNI. UMOŻLIWI TO WYKONANIE BADANIA INNYM OSOBOM OCZEKUJĄCYM W KOLEJCE WE WCZEŚNIEJSZYM TERMINIE.