



REJESTRACJA NA BADANIE

94 34 06 379

## SKIEROWANIE NA BADANIE TK

.....  
Pieczętka jednostki kierującej

### DANE PACJENTA:

Imię i Nazwisko.....

Adres.....

PESEL.....KOD ICD.....

1. Rodzaj badania.....

2. Badanie.  pierwsze  kolejne

3. Rozpoznanie.....

.....

4. Cel badania.....

.....

### WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY:

CZY U PACJENTA WYSTĘPUJĄ :	TAK	NIE
CHOROBY TARCZYCY?		
CHOROBY NEREK?		
CUKRZYCA?		
ASTMA OSKRZELOWA?		
DNA MOCZANOWA?		
CZY PACJENT PRZYJMUJE LEKI NEFROTOKSYCZNE?		
CZY U PACJENTA BYŁO WYKONYWANE JUŻ BADANIE Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO?		
CZY PACJENT BĘDZIE WSPÓLPRACOWAŁ W CZASIE BADANIA?		

### UWAGA:

PACJENT DO BADANIA TK POWINIEN MIEĆ WYKONANY POZIOM KREATYNYNY  
- NIE STARSZY NIŻ 7 DNI

.....  
data

.....  
podpis i pieczętka lekarza