



## SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

### Dane pacjenta

Imię:
Gatunek:
Rasa:
Płeć:
Wiek:
Masa ciała:

### Dane opiekuna

Nazwisko i imię:
Adres:
Telefon:
E-mail:

### Lekarz zlecający

Imię i nazwisko:
------------------

### Dołączone dokumenty

Badania krwi <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> TK <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Echo serca
---

Historia choroby <input type="checkbox"/> (w razie dodatkowej konsultacji)
--

Badanie (proszę zaznaczyć okolicę):
-------------------------------------

TK głowy <input type="checkbox"/> mózgowie <input type="checkbox"/> trzewioczaszka <input type="checkbox"/> jamy nosowe <input type="checkbox"/> uchośrodkowe+wewn. <input type="checkbox"/> oczodoły <input type="checkbox"/>
---

TK kręgosłupa <input type="checkbox"/> odcinki: szyjny <input type="checkbox"/> piersiowy <input type="checkbox"/> lędźwiowo-krzyżowy <input type="checkbox"/>
--

TK klatki piersiowej <input type="checkbox"/>
---

TK miednicy <input type="checkbox"/>
--------------------------------------

TK układu mięśniowo-szkieletowego <input type="checkbox"/> biodra <input type="checkbox"/> łokcie <input type="checkbox"/> barki <input type="checkbox"/> stępy <input type="checkbox"/> nadgarstki <input type="checkbox"/>
---

TK jamy brzusznej <input type="checkbox"/>
--

TK układu moczowego (urografia) <input type="checkbox"/>
--

TK po urazie <input type="checkbox"/> okolice :.....
--

INNE <input type="checkbox"/> (proszę określić jakie).....
--

Rozpoznania różnicowe.....
----------------------------

Można podać kontrast TAK/NIE (skreślić niepotrzebne)
--

PODPIS I PIECZĄTKA LEK. WET.