**SKIEROWANIE NA BADANIE PET/MR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko pacjenta |  | Data wystawienia |
| PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 | **Telefon** |
| Adres |  |
| Rozpoznanie |  |
| Cel badania |  |

|  |
| --- |
| **Dotychczasowe leczenie** |
| **Chirurgiczne** | **Chemioterapia** | **Radioterapia** |
| Nie leczony | Data zabiegu | Nie leczony | W trakcie | Zakończono(data) | Nie leczony | W trakcie | Zakończono(data) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Krótki opis leczenie/zabiegi** |  |

|  |
| --- |
| **Dotychczas wykonane badania obrazowe** |
| **USG** | **TK** | **MR** | **Scyntygrafia** | **PET** |
| Tak □ Nie □ |  Tak □ Nie □ | Tak □ Nie □ | Tak □ Nie □ | Tak □ Nie □ |
| Data: | Data: | Data: | Data: | Data: |

|  |
| --- |
| **Ważne! Należy dołączyć opisy i zdjęcia z wykonanych dotychczas badań obrazowych oraz kart informacyjnych z dotychczasowych hospitalizacji** |
| Cukrzycatak □ nie □ | Metaliczne ciała obce | Tak | Nie |  | Tak | Nie |
| Leki doustne:(nazwa, dawkowanie) | Sztuczne zastawki w sercu |  |  | Ciąża |  |  |
| Rozrusznik serca |  |  | Karmienie piersią |  |  |
| Neurostymulator |  |  | Niewydolność nerek |  |  |
| Metalowe implanty |  |  | Klaustrofobia |  |  |
| Insulina:(rodzaj, dawkowanie) | Endoprotezy |  |  |  |  |  |
| Wkładka domaciczna |  |  |  |  |  |
| Inne, jakie |  |  |  |  |  |
| **Masa ciała:** | **Wzrost:** |
| **Ośrodek kierujący**pieczęć czytelna | **Lekarz kierujący**Pieczątka i podpis lekarza specjalisty | **Telefon kontaktowy**lekarza kierującego |

Zał. 13/PS-14 z dnia 02.12.2015

**Szanowna Pani Doktor / Szanowny Panie Doktorze**

Mając na względzie bezpieczeństwo pacjenta podczas badania, jak również jakość uzyskanego wyniku prosimy o uwzględnienie poniższych uwag przy wypełnianiu formularza skierowania.

Wykonanie badania jest bezwzględnie przeciwwskazane w następujących sytuacjach:

* obecność rozrusznika serca i innych neurostymulatorów (np. implanty słuchowe) – obecność w ciele metalicznych ciał obcych (np. opiłki żelaza, drobiny śrutu lub odłamki w obrębie ciała), sztucznej zastawki serca, klipsów naczyniowych, protez naczyniowych, aparatu ortodontycznego, stentów wszczepionych przed 2006 rokiem
* obecność metalicznych implantów ortopedycznych (śruby, stabilizatory ferromagnetyczne)

**Przygotowanie pacjenta:**

Przed badaniem przez co najmniej 6 godzin pacjent powinien pozostać na czczo. Bez ograniczeń można pić wodę niegazowaną lub herbatę bez cukru. Nie należy używać gumy do żucia ani cukierków.

Z uwagi na silne pole magnetyczne strój pacjenta nie powinien zawierać części metalowych (klamry, paski, guziki, ozdoby) i powinien zapewniać uczucie ciepła (temperatura ma wpływ na wynik badania PET).

Leki, które pacjent przyjmuje na stałe powinien przyjąć tak jak zwykle.
Pacjent powinien unikać intensywnych wysiłków fizycznych w dniu poprzedzającym badanie.

Wskazane jest przyniesienie ze sobą 1 litra wody niegazowanej.
Pacjentom nie powinny towarzyszyć dzieci i kobiety w ciąży.

W przypadku konieczności wykonania badania u kobiety karmiącej należy przewidzieć 2-dniową przerwę w karmieniu piersią.

Pacjenci chorujący na klaustrofobię powinni skontaktować się z pracownią PET/MR w celu uzyskania dokładnych informacji.
Badanie trwa od 3 do 5 godzin.

Dokładne wypełnienie części skierowania, która poświęcona jest czynnikom ryzyka pozwoli na odpowiednie zaplanowanie badania.

Kontakt telefoniczny z lekarzem kierującym może być istotny zarówno podczas kwalifikacji do badania jak i podczas opisu wyniku. Dla celów oceny skuteczności badania PET/MR Pracownia Bioskaner może zwrócić się do lekarza kierującego o informacje na temat dalszego przebiegu leczenia Pacjenta.

**Uwaga:** Wyznaczony termin i godzina badania są czasem zgłoszenia się pacjenta do rejestracji.

Punktualne zgłoszenie się na badanie jest bardzo ważne – czas półtrwania izotopu F-18 wynosi 110 minut, badania są więc ściśle zaplanowane.

Informacja telefoniczna i rejestracja na badania : **tel. 85 6865094; tel. kom. 883 687 470**

**Dokładne informacje** i wzór skierowania dostępne są na stronie internetowej: **www. bioskaner.eu**

Zał. 13/PS-14 z dnia 02.12.2015