|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SKIEROWANIE NA BADANIE PET/CT Pieczęć zakładu kierującego (wraz z numerem umowy z NFZ)  do Zakładu Radiologii i Medycyny Nuklearnej  Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4  ul. Dra K. Jaczewskiego 8c, 20-090 Lublin  Sekretariat tel. / fax 81-72-44-339, godz. 7:30 – 15:00  Rejestracja PET tel. 81-72-44-390, kom.781 881 319,  Rejestracja OGÓLNA tel. 81-72-44-387, 81-72-44-121,  email: [rejestracja.zmn@usk4.lublin.pl](mailto:rejestracja.zmn@usk4.lublin.pl)  81-72-44-387, 81-72-44-121 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Uwaga! Obowiązuje czytelne wypełnianie skierowania ! | | | | | | | | | | | | | | | | | Nr Oddziału NFZ: | | | | | | | | |  | |  | | |  | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Płeć: K | | | | |  | | M | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Data ur.: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL\*: | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W przypadku, gdy badanie wykonujemy w trybie ambulatoryjnym i pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona  lub niezdolna do świadomego wyrażania zgody, należy wpisać dodatkowo: **imię i nazwisko oraz adres zamieszkania przedstawiciela ustawowego**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rozpoznanie kliniczne: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Wzrost: | | | | | |  |  | |  | | cm | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kod ICD-10: |  |  | |  | **.** |  | |  | | Waga: | | | | | |  |  | |  | | kg | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Epikryza i cel badania: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LECZENIE | | | | | | |
| OPERACYJNE  - NIE  - TAK (data) ………………….……….. | | RADIOTERAPIA  - NIE - W TRAKCIE  - ZAKOŃCZONO (data) …………………..…….. | | | CHEMIOTERAPIA  - NIE - W TRAKCIE  - ZAKOŃCZONO (data) ……………….………….. | |
| OPIS LECZENIA: | | | | | | |
| **DOTYCHCZASOWE BADANIA OBRAZOWE** | | | | | | |
| CT | MRI | | USG | SCYNTYGRAFIA | | PET |
| - TAK - NIE | - TAK - NIE | | - TAK - NIE | - TAK - NIE | | - TAK - NIE |
| data | data | | data | data | | data |
| **Uwaga!** **Prosimy o dostarczenie w dniu badania kserokopii wyników wykonanych badań obrazowych.** | | | | | | |

Czynniki mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo badanego:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cukrzyca:  - TAK - NIE | Typ, leczenie, poziom glukozy: | | Ciąża | | - TAK - NIE |
| Karmienie piersią | | - TAK - NIE |
| Uwagi: | | | Nadczynność tarczycy | | - TAK - NIE |
| Niewydolność krążenia | | - TAK - NIE |
| Niewydolność nerek | | - TAK - NIE |
| Klaustrofobia | | - TAK - NIE |
|  | | |  | |  |
| ……………………………………………………………………. | | -- | | …………………………………………………... | |
| pieczątka i podpis lekarza kierującego (specjalisty) | | data wystawienia skierowania | | telefon do lekarza kierującego | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wypełnia kwalifikujący | Kwalifikacja na badanie PET/CT/ Uwagi: | …………………………………………………………………………………………………… | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
|  | | |
| Zakwalifikowano do badania PET/CT: | | ………………………………………………………………………….. |
|  | | Data oraz pieczątka i podpis osoby upoważnionej do kwalifikacji |

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

UWAGA ! PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUGĄ STRONĘ.

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię pacjenta: |

**Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje badania PET/CT wykonane w oparciu o skierowanie wystawione zgodnie z poniżej wymienionymi wskazaniami ( zał. Nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – Dz. U. z 2016 r, poz. 357 z póź. zm.)**

**W tym celu prosimy o zaznaczenie jednego z poniższych wskazań:**

**I. Choroby nowotworowe:**

1. Pojedynczy guzek płuca o średnicy > 1 cm, w celu różnicowania pomiędzy jego łagodnym i złośliwym charakterem, przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami;
2. Niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny jego zaawansowania przed planowaną resekcją lub radykalną radioterapią, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania (z wyjątkiem raka oskrzelikowopęcherzykowego i nowotworów neuroendokrynnych lub rozpoznanych wcześniej przerzutów odległych);
3. Niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny resztkowej choroby po indukcyjnej chemioterapii;
4. Chłoniak Hodgkina i chłoniaki nie-hodgkinowskie, w celu wstępnej oceny stopnia zaawansowania lub oceny skuteczności chemioterapii lub wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli inne badania obrazowe nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania;
5. Rak jelita grubego, w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania lub wczesnego rozpoznania nawrotu po radykalnym leczeniu

(w przypadku wzrostu stężeń markerów lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);

1. Rak przełyku, w celu oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
2. Ocena patologicznej zmiany budzącej podejrzenie raka zlokalizowanej w trzustce lub w wątrobie, jeżeli rozpoznanie innymi dostępnymi metodami jest niemożliwe;
3. Rak piersi, w celu wykluczenia odległych przerzutów, kiedy wyniki innych badań są niejednoznaczne lub w przypadku przerzutów do pachowych węzłów chłonnych z ogniska o nieznanym położeniu i podejrzeniem ogniska pierwotnego w gruczole piersiowym;
4. Czerniaki z klinicznymi przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych w celu wykluczenia przerzutów do narządów odległych,

z potencjalnie operacyjnymi przerzutami do narządów odległych lub z przerzutem bez ustalonego ogniska pierwotnego;

1. Rak jajnika, w celu wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń Ca 125 lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
2. Nowotwory nabłonkowe głowy i szyi, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu i w ocenie miejscowo-regionalnego zaawansowania, jeżeli wyniki innych badań są niejednoznaczne;
3. Nowotwory złośliwe mózgu, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu lub dla określenia miejsca biopsji;
4. Rak tarczycy, w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu stężenia tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu (niezbędne wcześniejsze wykonanie scyntygrafii 131I);
5. Podejrzenie przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu nowotworu (preferowany znacznik 18F);
6. Planowanie radykalnej radioterapii o modulowanej intensywności wiązki, w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji lub proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
7. Nowotwory jądra (z wyjątkiem dojrzałych potworniaków), w celu oceny ich zasięgu i skuteczności leczenia (w tym obecności resztkowego guza i rozpoznania nawrotu), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
8. Rak gruczołu krokowego i rak nerki, w celu rozpoznania nawrotu (przerzutów) po radykalnym leczeniu (tylko za pomocą PET

ze znakowaną choliną lub octanem), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;

1. Mięsaki, w celu oceny skuteczności chemioterapii (po 1-3 kursach, w porównaniu z wyjściowym badaniem) i wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
2. Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), w celu monitorowania odpowiedzi na molekularnie ukierunkowane leczenie;
3. Przerzuty o nieznanym punkcie wyjścia, w celu lokalizacji guza pierwotnego, jeżeli nie jest to możliwe przy użyciu innych dostępnych badań.

**II. Choroby serca:**

1. Badania perfuzyjne serca:
2. podejrzenie choroby niedokrwiennej w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania, jeśli inne badania diagnostyczne (w tym szczególnie badanie perfuzyjne SPECT) nie pozwalają na jednoznaczne określenie rozpoznania – jako badanie rozstrzygające;
3. podejrzenie choroby niedokrwiennej w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania, jeśli czynniki obiektywne wskazują na możliwość uzyskania wyniku fałszywego w klasycznych badaniach SPECT (otyłość, mastektomia, duży biust, wszczepy, inne) – jako badanie podstawowe;
4. Badanie w kierunku oceny żywotności mięśnia sercowego.

**III. Choroby układu nerwowego:**

1. Rozpoznana padaczka lekooporna z planowanym leczeniem operacyjnym.

…………………………………… ……………………………………………………

data pieczątka i podpis lekarza kierującego