|  |  |
| --- | --- |
| SKIEROWANIE NA BADANIE PET/CTPieczęć zakładu kierującego (wraz z numerem umowy z NFZ)do Zakładu Radiologii i Medycyny NuklearnejUniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4ul. Dra K. Jaczewskiego 8c, 20-090 LublinSekretariat tel. / fax 81-72-44-339, godz. 7:30 – 15:00Rejestracja 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.pl81-72-44-387, 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