

SKIEROWANIE NA BADANIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

tel. 22 544 38 57, kom. 531 549 319
ul. Taborowa 26/2, 02-699 Warszawa
www.rezonans.pl

tel. 22 735 71 17, kom. 733 011 994
ul. Królewska 64, 05-822 Milanówek
www.przychodnia-auxilium.com.pl



Badanie: REZONANS MAGNETYCZNY / TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (niewłaściwe skreślić)

Dane pacjenta:

Imię _____
Gatunek _____
Rasa _____
Płeć _____
Wiek _____
Waga (kg) _____

Dane Właściciela:

Imię _____
Nazwisko _____
Adres _____
Telefon _____
Email _____

Badanie tomografii komputerowej - część ciała / okolica

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cała głowa | <input type="checkbox"/> Cała klatka piersiowa | <input type="checkbox"/> Cały kręgosłup (C1-S3) | <input type="checkbox"/> Kończ. piersiowe (całe) |
| <input type="checkbox"/> Mózgowie | <input type="checkbox"/> Ściana klatki | <input type="checkbox"/> Kręgosłup szyjny (C1-Th2) | <input type="checkbox"/> Kończ. miedniczne (całe) |
| <input type="checkbox"/> Trzewioczaszka | <input type="checkbox"/> Płuca | <input type="checkbox"/> Piersiowo-lędźwiowy (Th3-L3) | <input type="checkbox"/> Stawy biodrowe |
| <input type="checkbox"/> Jamy nosowe | <input type="checkbox"/> Drzewo oskrzelowe | <input type="checkbox"/> Lędźwiowo-krzyżowy (L1-S3) | <input type="checkbox"/> Stawy kolanowe |
| <input type="checkbox"/> Ucho środk. / wewn. | <input type="checkbox"/> Cała jama brzuszna | <input type="checkbox"/> Mielo-TK (jaki obszar) | <input type="checkbox"/> Stawy skokowe |
| <input type="checkbox"/> Oczodoły | <input type="checkbox"/> Narządy wewn. | <input type="checkbox"/> Badanie przesiewowe -
choroba nowotworowa | <input type="checkbox"/> Stawy ramienne |
| <input type="checkbox"/> Układ
stomatognatyczny | <input type="checkbox"/> PSS | | <input type="checkbox"/> Stawy łokciowe |
| | <input type="checkbox"/> Układ moczowy | | <input type="checkbox"/> Stawy nadgarstkowe |

Badanie rezonansu magnetycznego

- Głowa (mózgowie)
- Kręgosłup - wysoki odc. szyjny (C1-C5)
- Kręgosłup - odc. szyjno-piersiowy (C6-Th2)
- Kręgosłup - odc. piersiowo-lędźwiowy (Th3-L3)
- Kręgosłup - odc. lędźwiowo-krzyżowy (L3-S3)

Dodatkowe badania

- konsultacja neurologiczna
- Badanie PMR (TP, pleocyty, cytologia)
- Badanie PMR - inne:

- EMG
- _____

Podejrzenie kliniczne:

Załączone dokumenty:

- Badania krwi
- USG j. brzusznej
- RTG
- ECHO serca / EKG / kons. kardiologiczna
- wcześniejsze MRI
- wcześniejsze TK
- historia choroby

Data, podpis i pieczęć
lekarza kierującego

