



TMS Diagnostyka Sp. z o.o.
02-952 Warszawa, ul. Wiertnicza 84, Polska
tel.: +48 22 858 28 19; fax: +48 22 858 28 12
e-mail: tms@tms.com.pl; www.tmsdiagnostyka.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE
REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Numer zlecenia:	Ustalony termin badania:
OŚRODEK ZLECAJĄCY (pieczęć)	Data wystawienia skierowania:
	Pieczęć i podpis lekarza zlecającego:

Imię i Nazwisko:	
Pesel:	Data urodzenia:
Adres zamieszkania (miejscowość z kodem, ulica, numer domu/mieszkania):	

Telefon:	e-mail:	Obraz badania na CD/DVD: TAK	NIE
Badany obszar (narząd):			

ICD-10:	Rozpoznanie kliniczne:

Co badanie ma wyjaśnić:

Wywiad (proszę podać co najmniej główne dolegliwości i objawy kliniczne, długość ich trwania, zastosowane leczenie, choroby współistniejące, przebyte choroby i zabiegi operacyjne lub radioterapia):

Wyniki badań laboratoryjnych (istotne do badania, ew. do znieczulenia):

Waga pacjenta:	Pacjent leżący:	Pacjent chodzący:
U pacjentów z otyłością należy podać obwód ciała w najszerszym miejscu (cm):		

Jeżeli badanie ma być wykonane w znieczuleniu ogólnym prosimy podać powód:
--

Tolerancja środków kontrastujących:	dobra tolerancja	zła tolerancja	Brak informacji o tolerancji
-------------------------------------	------------------	----------------	------------------------------

- W przypadku niektórych badań konieczne jest podanie dożylnie lub doustnie / doodbytniczo środka kontrastującego. Jeżeli będzie konieczne podanie dożylnie środka kontrastującego pacjent powinien zgłosić się na czczo (min. 2 godziny bez przyjmowania pokarmów); w przypadku regularnego zażywania leków należy przyjąć je normalnie.
- W przypadku badania z dożylnym podaniem środka kontrastującego pacjent winien posiadać wynik badania kreatyniny z oznaczeniem eGFR (wynik ważny 14 dni).
- Gdy konieczne będzie zastosowanie środków kontrastujących doustnych lub podawanych doodbytniczo, pacjent powinien przygotować się zgodnie z wymaganiami pracowni wykonującej zleconą procedurę.
- Jeśli badanie jest kolejnym, proszę dostarczyć w dniu badania opisy i obrazy (płyty CD-R, zdjęcia) poprzednich badań obrazowych (w zależności jakie badania były wykonywane: TK, MR, USG, RTG, ANGIO) – koniecznie!

Dane o kontraście:	Uwagi wykonującego badanie:
Badanie wykonał (czytelny podpis technika elektroradiologii):	