

# SKIEROWANIE DO PRACOWNI ULTRASONOGRAFII



**SZPITAL UNIWERSYTECKI NR 1**  
**im dr. A. Jurasza w Bydgoszczy**  
**Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej**  
85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9  
rejestracja tel. 52/585 4688, 52/585 4999, 52/585 4685  
fax. 52/585 4050

-----  
dane jednostki kierującej

data zlecenia	data wpływu skierowania	wyznaczony termin	pieczętka i podpis rejestratorki

## WYPEŁNIA LEKARZ KIERUJĄCY

Imię i nazwisko: ..... PESEL: .....  
adres: ..... data urodzenia: .....  
telefon: ..... wiek: ..... płeć: ..... ICD-10: .....  
rozpoznanie kliniczne: .....  
rodzaj badania/okolica anat.: ..... **USG met. Dopplera**   
co badanie ma wyjaśnić: .....

## WYPEŁNIA PERSONEL ZAKŁADU RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

data badania: .....  
pieczętka i podpis  
lekarza kierującego: .....

## INFORMACJA DLA PACJENTA

Badanie USG jest nieinwazyjne i bezbolesne. Badanie trwa od 10 do 30 minut. Prosimy o dostarczenie wyników poprzednio wykonanych badań obrazowych (USG, RTG, KT, MR, scyntygrafia, PET) w postaci opisu i CD.

W przypadku zaplanowanego badania USG jamy brzusznej, układu moczowego, tętnic nerkowych, naczyń jamy brzusznej, aorty pacjent powinien zgłosić się na czczo, to jest powstrzymać się od jedzenia przez 6 godzin przed badaniem oraz z wypełnionym pęcherzem moczowym (dozwolone spożycie wody niegazowanej). Niewskazane jest przed badaniem palenie tytoniu, żucie gumy, jedzenie cukierków itp. Badanie usg tarczycy, tkanek miękkich szyi, powłok skórnych, naczyń kończyn, ortopedyczne, piersi nie wymaga szczególnego przygotowania. W dniu badania należy zażyć wszystkie zwykle przyjmowane leki popijając niewielką ilością wody niegazowanej. Pacjenci przyjmujący insulinę proszeni są o poinformowaniu o tym fakcie pracownika rejestracji.

Wynik badania można odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną. Upoważnienie musi być wystawione osobiście przez pacjenta w Rejestracji. Istnieje również możliwość wysłania wyniku drogą pocztową (prosimy o zgłoszenie takiej prośby w Rejestracji).

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem(-am) poinformowany(-a) przez lekarza kierującego o możliwości wystąpienia działań niepożądanych i będąc tego świadomy(-a) wyrażam zgodę na wykonanie ww. badania.

data i podpis pacjenta: .....

*(w przypadku osób niepełnoletnich podpis opiekuna prawnego lub pacjenta i opiekuna)*

pieczętka i podpis lekarza

kierującego i przyjmującego zgodę pacjenta: .....