

**Program Wczesnej Diagnostyki  
Obrazowej Nowotworów u Dzieci**

Miejscowość, data

Podmiot kierujący

Kontakt do lekarza kierującego (tel.)

**SKIEROWANIE**

Imię i nazwisko pacjenta

Płeć : K  M

Data urodzenia

Adres

( ulica, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, województwo)

PESEL / PESEL matki w przypadku dziecka < 6m.ż.: \_\_\_\_\_

Termin badania obrazowego:    **USG\***, **TK\***                      \*zaznacz odpowiednie

Planowany termin badania

Miejsce przeprowadzenia badania

Termin wykonanego badania

**Wywiad:**

Przebyte schorzenia: .....

Wywiad rodzinny w kierunku chorób nowotworowych: .....

Wywiad w kierunku stwierdzonych alergii: .....

Wywiad w kierunku występowania w organizmie protez metalowych: .....

**Wstępne rozpoznanie:**

Waga dziecka: .....    Wzrost dziecka: .....

Ewentualnie: Stężenie kreatyniny: .....    Szacunkowa wartość filtracji kłębuszkowej wg GFR: .....

**Objawy kwalifikujące do badania USG:**

	w USG			w USG	
Powiększenie węzłów chłonnych bez wyraźnej przyczyny infekcyjnej utrzymujące się > 4 tyg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pojedynczy węzeł chłonny o średnicy > 2 cm utrzymujące się > 4 tyg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Powiększenie węzłów chłonnych w okolicy nadobojczykowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obustronne powiększenie węzłów chłonnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pakiety węzłów chłonnych w okolicy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Guzy w jamie ustnej i/lub nosogardle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne:.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Objawy kwalifikujące do badania USG jamy brzusznej:**

	w USG			w USG	
Nagle powiększenie obwodu brzucha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krwimocz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyczuwalny guz w okolicy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepato- i/lub splenomegalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krażenie oboczne na skórze jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cechy przedwczesnego pokwitania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Objawy kwalifikujące do badania TK:**

Narastające bóle głowy	<input type="checkbox"/>	Objawy porażenia nerwów czaszkowych	<input type="checkbox"/>
Krażenie oboczne na skórze klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>	Wytrzeszcz gałki ocznej	<input type="checkbox"/>
Nudności, poranne wymioty	<input type="checkbox"/>	Wylewy okularowe wokół oczu	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia równowagi	<input type="checkbox"/>	Nagle pojawienie się zeza	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia chodu, utykanie	<input type="checkbox"/>	Zez zbieżny	<input type="checkbox"/>
Niedowłady	<input type="checkbox"/>	„Koci błysk” w oczach	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia widzenia	<input type="checkbox"/>	Oczopląs pionowy	<input type="checkbox"/>
Cechy przedwczesnego pokwitania	<input type="checkbox"/>	Nierówność źrenic	<input type="checkbox"/>
Gwałtowne zmiany zachowania (agresja, ospałość)	<input type="checkbox"/>	Drgawki o niejasnej etiologii	<input type="checkbox"/>
inne:.....			<input type="checkbox"/>

**Informacje o poprzednim badaniu obrazowym** (należy podać rodzaj badania i datę wykonania oraz jego wynik):

**Ostateczne rozpoznanie:**

Podpis i pieczętka lekarza kierującego

Podpis i pieczętka lekarza radiologa

Po wypełnieniu kopię skierowania należy przekazać do lekarza kierującego.