

## **ZARZĄDZENIE NR 32/2013**

Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie  
z dnia 21 sierpnia 2013 roku

**w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzoru formularza „Skierowania na badanie echokardiograficzne” oraz wzoru formularza „Skierowania na badanie elektrokardiograficzne”.**

Na podstawie § 6 pkt 6) Statutu Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie, zarządza się, co następuje:

### **§ 1**

1. Wprowadza się do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzór formularza „Skierowania na badanie echokardiograficzne” stanowiący załącznik Nr 1 do niniejszego zarządzenia.
2. Wprowadza się do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzór formularza „Skierowania na badanie elektrokardiograficzne” stanowiący załącznik Nr 2 do niniejszego zarządzenia.

### **§ 2**

Uchyla się zarządzenia Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie:

- 1) Nr 51/2010 z dnia 15 marca 2010 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzoru formularza „Skierowania na badanie echokardiograficzne”;
- 2) Nr 106/2010 z dnia 1 czerwca 2010 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzoru formularza „Skierowania na badanie EKG”;
- 3) Nr 242/2010 z dnia 3 grudnia 2010 r. w sprawie zmiany zarządzenia Nr 51/2010 Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej – Curie z dnia 15 marca 2010 r. w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie w Warszawie wzoru formularza „Skierowanie na badanie echokardiograficzne”;
- 4) Nr 64/2012 z dnia 7 sierpnia 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzoru formularza „Skierowanie na badanie echokardiograficzne” oraz zarządzenie w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzoru formularza „Skierowania na badanie EKG”;

- 5) Nr 12/2013 z dnia 12 marca 2013 r. zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia do stosowania w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie wzoru formularza "Skierowania na badanie EKG".

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR  
Centrum Onkologii – Instytutu  
im. Marii Skłodowskiej – Curie  
Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Warzocha

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| pieczęć nagłówkowa kierującej komórki organizacyjnej                                                                                                     |                                                                                                                                                           | CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ – CURIE W WARSZAWIE                                             |                                            |
|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            | KLINIKA ONKOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH                                                                            |                                            |
|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            | PRACOWNIA ECHOKARDIOLOGICZNA                                                                                        |                                            |
|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            | <b>SKIEROWANIE NA BADANIE ECHOKARDIOGRAFICZNE</b>                                                                   |                                            |
|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> przezklatkowe                                                                              | <input type="checkbox"/> pierwsze          |
| <input type="checkbox"/> przezprzełykowe                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> kolejne                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> w trybie pilnym                                                                            | <input type="checkbox"/> badanie kliniczne |
| numer zlecenia                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                            | Termin badania (data, godzina)                                                                                      |                                            |
| należy podać numer gabinetu                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            | wypełnia osoba z Pracowni Echokardiologicznej                                                                       |                                            |
| nazwisko i imię                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> K                                                                                          | PID                                        |
|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> M                                                                                          | PESEL                                      |
| Rozpoznanie onkologiczne                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
| Rozpoznanie kardiologiczne:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
| lub zespół objawów:                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> bez objawów i wywiadu kardiologicznego <input type="checkbox"/> bóle w klatce piersiowej <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> duszność <input type="checkbox"/> omdlenie                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
| Przebyta chemioterapia / leczenie biologiczne (program, dawka kumulacyjna antracyklin)                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
| Przebyta radioterapia obejmująca śródpiersie / serce / klatkę piersiową                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            | AKTUALNE LECZENIE                                                                                                   |                                            |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> farmakologiczne <input type="checkbox"/> biologiczne <input type="checkbox"/> radioterapia |                                            |
| Cel badania echokardiograficznego (co badanie ma wyjaśnić)                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     | RR:                                        |
|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     | mmHg                                       |
| Miejsce wykonania badania: <input type="checkbox"/> w pracowni <input type="checkbox"/> w zlecającej klinice                                             |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |                                            |
| <b>UWAGA: Pacjent/ka powinien/na się zgłosić z aktualnym badaniem EKG i poprzednim echokardiogramem</b>                                                  |                                                                                                                                                                                                                                            | data                                                                                                                | pieczęć i podpis lekarza kierującego       |
| WYPEŁNIA<br>PACJENT / PACJENTKA/<br>PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY                                                                                              | <b>ZGODA NA WYKONANIE BADANIA ECHOKARDIOGRAFICZNEGO PRZEZPRZEŁYKOWEGO</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                            |
|                                                                                                                                                          | Oświadczam, że:<br>1) zostałem/am poinformowana, przez lekarza kierującego, o wskazaniach, istocie i niedogodnościach badania,<br>2) nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia oraz przebiegu leczenia choroby. |                                                                                                                     |                                            |
|                                                                                                                                                          | Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przezprzełykowego badania echokardiograficznego.                                                                                                                                                          |                                                                                                                     |                                            |
|                                                                                                                                                          | Data i podpis                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |                                            |

| CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ – CURIE W WARSZAWIE               |                                                                                     |                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Pieczętka Kliniki/ Oddziału / Zakładu</i>                                          |                                                                                     | <i>Data wystawienia skierowania</i>                                                                                                                        |
|                                                                                       |                                                                                     | <b>SKIEROWANIE NA BADANIE ELEKTROKARDIOGRAFICZNE</b>                                                                                                       |
| <b>Zlecenie trybu wykonania**</b>                                                     |                                                                                     |                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Normalny (NFZ)<br><input type="checkbox"/> Badanie kliniczne | <input type="checkbox"/> Umowa z MZ<br><input type="checkbox"/> Komercyjne (płatne) | Wymaga opisu: <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/><br>(do konsultacji kardiologicznej oraz ECHO serca nie wymaga opisu) |
|                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                            |
| <b>Nazwisko i imię chorego</b>                                                        | <b>PID</b>                                                                          | <b>wiek</b>                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                            |
| <b>Rozpoznanie</b> (ew. przebyty zawał, wszczepiony rozrusznik)                       |                                                                                     |                                                                                                                                                            |
| <b>Odwrócić na drugą stronę</b>                                                       |                                                                                     |                                                                                                                                                            |

\*\* Pole obowiązkowe

| CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUT IM. MARII SKŁODOWSKIEJ – CURIE W WARSZAWIE                                                        |                                          |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| RR                                                                                                                             |                                          | Sylwetka serca                         |
| Czy chory bierze leki wpływające na krzywą EKG – jakie (strofantyna, naparstnica, chinidyna, gynergen, atropina, sole potasu)? |                                          |                                        |
| RODZAJ BADANIA                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> spoczynkowe     | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
|                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> po podaniu leku |                                        |
| UWAGI                                                                                                                          |                                          |                                        |
|                                                                                                                                |                                          | <i>pieczętka i podpis lekarza</i>      |

COI\_05.07.2013