

## SKIEROWANIE DO PRACOWNI RENTGENODIAGNOSTYKI



Imię i nazwisko .....

Data urodzenia       PESEL

Cel badania (rozpoznanie) .....

### SYSTEM TK ISI I-CAT CB CT

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> szczęki                       | W CELLU:  |
| <input type="checkbox"/> żuchwy                        | <input type="checkbox"/> ortodoncji (rozmiar voksela 0,4 mm)                  |
| <input type="checkbox"/> szczęki i żuchwy              | <input type="checkbox"/> planowania implantów (rozmiar voksela 0,3 mm)        |
| <input type="checkbox"/> szczęki i zatok szczękowych   | <input type="checkbox"/> laryngologii (rozmiar voksela 0,3 mm)                |
| <input type="checkbox"/> stawów skroniowo - żuchwowych | <input type="checkbox"/> endodoncji, periodontologii (rozmiar voksela 0,2 mm) |
| <input type="checkbox"/> twarzoczaszki                 | <input type="checkbox"/> innym (wg . zlecenia)                                |
| <input type="checkbox"/> czaszki (wys. 17cm Ø 23 cm)   | .....   |
| <input type="checkbox"/> zatok obocznych nosa          | RELACJA ŻUCHWY DO SZCZĘKI:  |
| <input type="checkbox"/> oczodołów i sitowia           | <input type="checkbox"/> w zwarciu  |
| <input type="checkbox"/> kręgosłupa szyjnego i żuchwy  | <input type="checkbox"/> w pozycji spoczynkowej                               |
| <input type="checkbox"/> inny istotny obszar działania | <input type="checkbox"/> w rozwarciu  |

### WIELKOŚĆ OBSZARU SKANOWANIA

maksymalne pole obrazowania tomografu wynosi 23 cm średnicy i 17 cm wysokości



### ROZDZIELCZOŚĆ (ROZMIAR VOKSELA)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0,125      | - diagnostyka pęknięć korzeni (VRF i HRF) - endodoncja   |
| <input type="checkbox"/> 0,2 - 0,25 | - endodoncja i periodontologia (zęby nadliczbowe, złamane i zatrzymane, torbiele)                                |
| <input type="checkbox"/> 0,3 - 0,4  | - planowanie implantów, ortodoncja, laryngologia - obraz zatok, dróg oddechowych krtani i gardła, narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/>            | .....  |
| <input type="checkbox"/>            | .....  |
| <input type="checkbox"/>            | dodatkowy wydruk na kliszy, po określeniu zakresu wydruku  |

## SYSTEM GENDEX EXPERT DC

zdjęcia przylegające (ząb\*; korzenie\*; szyjka+korona\*)  klisza  płyta CD-rom

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

## SYSTEM GENDEX ORTHORALIX 9200

<input type="checkbox"/> zdjęcia pantomograficzne	<input type="checkbox"/> klisza	<input type="checkbox"/> płyta CD-rom
<input type="checkbox"/> zdjęcie cefalometryczne	<input type="checkbox"/> klisza	<input type="checkbox"/> płyta CD-rom
<input type="checkbox"/> zdjęcie stawów s-ż	<input type="checkbox"/> klisza	<input type="checkbox"/> płyta CD-rom
<input type="checkbox"/> zdjęcie stawów s-ż w zwarciu i rozwarciu	<input type="checkbox"/> klisza	<input type="checkbox"/> płyta CD-rom
<input type="checkbox"/> zdjęcie p-a zatok	<input type="checkbox"/> klisza	<input type="checkbox"/> płyta CD-rom
<input type="checkbox"/> zdjęcie czaszki a-p / p-a	<input type="checkbox"/> klisza	<input type="checkbox"/> płyta CD-rom
<input type="checkbox"/> zdjęcie dłoni i nadgarstka	<input type="checkbox"/> klisza	<input type="checkbox"/> płyta CD-rom

Informacje lub dodatkowy opis: .....

UWAGI:

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. dzieci i młodzież do lat 16 przyjmowane są pod opieką dorosłych.  
Wymagana jest książeczka zdrowia. Cięża jest przeciwwskazaniem do wykonania badania RTG.

**Wyrażam zgodę na wykonanie badania z użyciem promieniowania jonizującego**

data ..... podpis pacjenta/opiekuna prawnego .....

Wszystkie badania wykonuje się przy użyciu najnowocześniejszych urządzeń cyfrowych i minimalnej dawce promieniowania.

Dla pacjenta dawka promieniowania jest 10 - krotnie niższa w porównaniu z konwencjonalną tomografią komputerową.

Wynik z badaniem pacjenta wydawany jest na płycie CD wraz z oprogramowaniem umożliwiającym uruchomienie odczytu 3D VR na komputerze PC.

**W przypadku badania tomograficznego prosimy o podanie telefonu i adresu e-mail kierującej kliniki.**

Data ..... Podpis i pieczęć lekarza kierującego .....

Proszę o przesłanie nowego bloczka skierowań (adres z pieczątki)

## MAPA DOJAZDU

