

ZAKŁAD MEDYCyny NUKLEARNEJ
41 – 300 Dąbrowa Górnicza, ul. Szpitalna 13,
tel. 32 621 22 28

SKIEROWANIE NA BADANIE PET/CT
Refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia

NAZWISKO		IMIE	
PESEL		ODDZIAŁ NFZ	
ADRES		NUMER TELEFONU	
ROZPOZNANIE (RÓWNIEŻ HIST-PAT)		KOD ICD 10	
CEL BADANIA		BADANIE PET	
		☐ PIERWSZE	
		☐ KONTROLNE	
		data	
LECZENIE		OPIS LECZENIA:	
OPERACYJNE			
RADIOTERAPIA			
☐ NIE		☐ NIE	
☐ TAK		☐ W TRAKCIE	
		☐ ZAKOŃCZONO	
data		data	
CHEMIOTERAPIA		DOTYCHCZASOWE BADANIA OBRAZOWE	
☐ NIE		MRI	
☐ W TRAKCIE		CT	
☐ ZAKOŃCZONO		SCYNTYGRAFIA	
data		USG	
☐ NIE		☐ NIE	
☐ TAK		☐ NIE	
		☐ TAK	
data		data	
PROSIMY O DOŁĄCZENIE KART INFORMACYJNYCH HOSPITALIZACJI ORAZ OPISÓW I ZDJĘĆ WYKONANYCH BADAŃ OBRAZOWYCH.			
		NIE	
		TAK	
CIAŻA		UWAGI:	
KARMIENTE PIERSIĄ			
NIEWYDOLNOŚĆ NEREK			
KLAUSTROFOBIA			
CUKRZYCA		WZROST:	
		cm	
		WAGA:	
		kg	
PIECZĘĆ OŚRODKA KIERUJĄCEGO		PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA KIERUJĄCEGO	
		TELEFON KONTAKTOWY DO LEKARZA KIERUJĄCEGO	

Pacjent kwalifikuje się do wykonania badania PET		Termin badania ustalono na:	
☐ TAK ☐ NIE		data i godzina	
Krótkie uzasadnienie decyzji			
Pacjent nie zakwalifikował się do badania	Brak wskazań		
Pacjenta powiadomiono o decyzji	Zbyt skąpa dokumentacja, należy uzupełnić		
	telefonicznie	Zamawiana dawka mCi)	
	listownie		
Członek komisji			

numer skierowania	data wpływu (dd-mm-rrrr)				data badania (dd-mm-rrrr)			
				/				
				-			-	



Refundacja NFZ

Badania PET-CT są procedurami odrębnie kontraktowanymi (SOK); są wykonywane na podstawie skierowania specjalistycznego (oddział lub poradnia), są w całości finansowane przez NFZ bez obciążania placówki kierującej.

1. Choroby nowotworowe

- ☐ pojedynczy guzek płuca o średnicy > 1 cm, w celu różnicowania pomiędzy jego łagodnym i złośliwym charakterem, przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami;
- ☐ niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny jego zaawansowania przed planowaną resekcją lub radykalną radioterapią, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania (z wyjątkiem raka oskrzelikowo-pęcherzykowego i nowotworów neuroendokrynnych lub rozpoznanych wcześniej przerzutów odległych);
- ☐ niedrobnokomórkowy rak płuca, w celu oceny resztkowej choroby po indukcyjnej chemioterapii;
- ☐ chłoniak Hodgkina i chłoniaki niehodgkinowskie, w celu wstępnej oceny stopnia zaawansowania lub oceny skuteczności chemioterapii lub wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli inne badania obrazowe nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania;
- ☐ rak jelita grubego, w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania lub wczesnego rozpoznania nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń markerów lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
- ☐ rak przełyku, w celu oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
- ☐ ocena patologicznej zmiany budzącej podejrzenie raka zlokalizowanej w trzustce lub w wątrobie, jeżeli rozpoznanie innymi dostępnymi metodami jest niemożliwe;
- ☐ rak piersi, w celu wykluczenia odległych przerzutów, kiedy wyniki innych badań są niejednoznaczne lub w przypadku przerzutów do pachowych węzłów chłonnych z ogniska o nieznanym położeniu i podejrzeniem ogniska pierwotnego w gruczole piersiowym;
- ☐ czerniaki z klinicznymi przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych w celu wykluczenia przerzutów do narządów odległych, z potencjalnie operacyjnymi przerzutami do narządów odległych lub z przerzutem bez ustalonego ogniska pierwotnego;
- ☐ rak jajnika, w celu wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń Ca 125 lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
- ☐ nowotwory nabłonkowe głowy i szyi, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu i w ocenie miejscowo-regionalnego zaawansowania, jeżeli wyniki innych badań są niejednoznaczne;
- ☐ nowotwory złośliwe mózgu, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu lub dla określenia miejsca biopsji;
- ☐ rak tarczycy, w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu stężenia tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu (niezbędne wcześniejsze wykonanie scyntygrafii ¹³¹I);
- ☐ podejrzenie przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu nowotworu (preferowany znacznik ¹⁸F);
- ☐ planowanie radykalnej radioterapii o modulowanej intensywności wiązki, w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji lub proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
- ☐ nowotwory jądra (z wyjątkiem dojrzałych potworniaków), w celu oceny ich zasięgu i skuteczności leczenia (w tym obecności resztkowego guza i rozpoznania nawrotu), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
- ☐ rak gruczołu krokowego i rak nerki, w celu rozpoznania nawrotu (przerzutów) po radykalnym leczeniu (tylko za pomocą PET ze znakowaną choliną lub octanem), jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
- ☐ mięsaki, w celu oceny skuteczności chemioterapii (po 1-3 kursach, w porównaniu z wyjściowym badaniem) i wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
- ☐ nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), w celu monitorowania odpowiedzi na molekularnie ukierunkowane leczenie;
- ☐ przerzuty o nieznanym punkcie wyjścia, w celu lokalizacji guza pierwotnego, jeżeli nie jest to możliwe przy użyciu innych dostępnych badań.
- ☐ we wskazaniach onkologicznych u dzieci i młodzieży we wstępnej diagnostyce i kontroli leczenia - badanie PET-MRI;
- ☐ rak prostaty u chorych z wysokim ryzykiem zmian przerzutowych przed rozpoczęciem leczenia radykalnego (Gleason >7 lub PSA >20 ng/ml, lub T2c), jeżeli wyniki innych badań obrazowych są prawidłowe lub niejednoznaczne - znacznik: znakowane pochodne PSMA;
- ☐ rak prostaty u chorych, u których po leczeniu operacyjnym (radykalnej prostatektomii) stwierdza się tak zwaną wznowę biochemiczną choroby nowotworowej (wzrost stężenia PSA >0,2 ng/ml lub u chorych po radioterapii, u których stwierdza się wzrost stężenia PSA >2 + nadir ng/ml), jeżeli wyniki innych badań obrazowych są prawidłowe lub niejednoznaczne - znacznik: znakowane pochodne PSMA;
- ☐ rak prostaty u chorych, u których jest planowane leczenie radioizotopowe z zastosowaniem PSMA znakowanego emiterami promieniowania beta lub alfa - znacznik: znakowane pochodne PSMA;
- ☐ inwazyjny rak szyjki macicy (stopień powyżej IB2 według FIGO) z podejrzeniem przerzutów do węzłów chłonnych - znacznik: [18F]FDG;
- ☐ rak szyjki macicy u chorych, u których jest planowane skojarzone leczenie chemioterapią i radioterapią - znacznik: [18F]FDG;
- ☐ wznowa raka szyjki macicy u chorych, u których jest planowane leczenie ratunkowe - znacznik: [18F]FDG;
- ☐ rak szyjki macicy i endometrium u chorych, u których wyniki innych badań są niejednoznaczne - znacznik: [18F]FDG;
- ☐ zespoły paranowotworowe u chorych z neurologicznymi zaburzeniami, tj. autoimmunologicznym i limbicznym zapaleniem mózgu, zapaleniem mózdzku, polineuropatią, przy istniejącym podejrzeniu choroby nowotworowej, jeżeli wyniki wcześniejszych badań (TK, MR, EEG) nie pozwalają na lokalizację pierwotnego ogniska nowotworowego - znacznik: [18F]FDG;
- ☐ guzy neuroendokrynne - przed rozpoczęciem leczenia w celu określenia stopnia zaawansowania i wyboru metody leczenia (w tym leczenia radioizotopowego PRRT), w trakcie leczenia - w celu monitorowania efektów leczenia; po zakończeniu leczenia - jeżeli występuje podejrzenie wznowy choroby - znacznik: znakowane analogi somatostatyny;
- ☐ guzy neuroendokrynne z przerzutami lub progresją, jeżeli jest rozważana zmiana terapii, w tym jest planowane leczenie znakowanymi radioizotopami analogami somatostatyny (PRRT) - znacznik: [18F]FDG.

.....
data.....
pieczęć i podpis lekarza kierującego