

НАПРАВЛЕНИЕ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ  
В ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» Краснодар, пл. Победы 1, тел (861)267-33-47

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Домашний адрес : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Направляющее учреждение \_\_\_\_\_  
Страховой полис : серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Мед. страховая компания \_\_\_\_\_  
Паспорт (свидетельство о рождении) серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Кем когда выдан \_\_\_\_\_  
(ксерокопии полиса и паспорта обязательны!)

ВИД ОБРАЩЕНИЯ

- Направление ЛПУ
- Платное
- Хоздоговор
- При проведении исследования с использованием контраста – иметь результаты: ОАК, креатинин, мочевина

Диагноз : \_\_\_\_\_

Код по МКБ X: \_\_\_\_\_

Область исследования : \_\_\_\_\_

Цель исследования : выявление, подтверждение, распространенность, дифференциальный диагноз, динамика процесса, планирование лучевого лечения \_\_\_\_\_

Консультация невропатолога или нейрохирурга \_\_\_\_\_

Результаты УЗИ \_\_\_\_\_

Результаты рентгеновского исследования \_\_\_\_\_

Результаты КТ ( номер и дата предыдущего исследования) \_\_\_\_\_

Противопоказаний для внутривенного применения йодсодержащих препаратов \_\_\_\_\_ (нет).

Примечание : Все исследования проводятся натощак, При повторном направлении на КТ необходимо указать номер и дату первичного КТ-исследования и предоставить компьютерные томограммы.

Фамилия и подпись направляющего врача \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

М.П.