

Badania PET/CT są w całości finansowane przez NFZ,
bez obciążania placówki kierującej.

SKIEROWANIE NA BADANIE PET/CT

| | | |
|---|----------------------|------------------------|
| Imię i Nazwisko Pacjenta | | Data wystawienia |
| PESEL | <input type="text"/> | Telefon |
| Adres | | Oddział NFZ |
| Rozpoznanie | | Kod rozpoznania ICD 10 |
| Rozpoznanie histopat. | | |
| Co badanie ma wyjaśnić. Opis problemu diagnostycznego. | | |

| Dotychczasowe leczenie | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| Chirurgiczne | | Chemioterapia | | | Radioterapia | | | |
| nie leczony | data zabiegu | nie leczony | w trakcie | zakończono (data) | nie leczony | w trakcie | zakończono (data) | |
| | | | | | | | | |
| Krótki opis leczenia (rodzaje zabiegów) | | | | | | | | |
| Dotychczas wykonane badania obrazowe | | | | | | | | |
| USG | TK | MR | Scyntygrafia | PET/CT | | | | |
| tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | |
| data: | data: | data: | data: | data: | data: | data: | data: | |
| Przypominamy o konieczności dołączenia opisów i zdjęć z wykonanych dotychczas badań obrazowych oraz kart informacyjnych z dotychczasowych hospitalizacji. | | | | | | | | |
| Cukrzyca | Typ, leczenie i poziomy glukozy | | | | | | tak | nie |
| | | | | | | cięża | | |
| Uwagi: | | | | | | karmienie piersią | | |
| | | | | | | niewydolność nerek | | |
| | | | | | | klaustrofobia | | |
| wzrost: | waga: | | | | niewydolność krążenia | | | |
| Ośrodek kierujący Pieczęć (czytelna) | Lekarz kierujący Pieczęć i podpis lekarza specjalisty (czytelna) | | | Telefon kontaktowy do lekarza kierującego | | | | |
| | | | | | | | | |

KRYTERIA KWALIFIKACJI NFZ

Zgodne z załącznikiem nr 4 do Zarządzenia Nr 67/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r.

1. Choroby nowotworowe:

- 1) **pojedynczy guzek płuca** o średnicy > 1 cm, w celu różnicowania pomiędzy jego łagodnym i złośliwym charakterem, przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami;
- 2) **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);
- 3) **niedrobnokomórkowy rak płuca**, w celu oceny resztkowej choroby po indukcyjnej chemioterapii;
- 4) **chłoniak Hodgkina i chłoniaki nie-hodgkinowskie**, w celu wstępnej oceny stopnia zaawansowania lub oceny skuteczności chemioterapii lub wczesnego rozpoznania nawrotu, jeżeli inne badania obrazowe nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania;
- 5) **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);
- 6) **rak przetyku**, w celu oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
- 7) ocena patologicznej zmiany budzącej podejrzenie **raka** zlokalizowanej **w trzustce** lub **w wątrobie**, jeżeli rozpoznanie innymi dostępnymi metodami jest niemożliwe;
- 8) **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;
- 9) **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;
- 10) **rak jajnika**, w celu wczesnego wykrycia nawrotu po radykalnym leczeniu (w przypadku wzrostu stężeń Ca 125 lub niejednoznacznych wyników badań obrazowych);
- 11) **nowotwory nabłonkowe głowy i szyi**, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu i w ocenie miejscowo-regionalnego zaawansowania, jeżeli wyniki innych badań są niejednoznaczne;
- 12) **nowotwory złośliwe mózgu**, w celu wczesnego rozpoznania nawrotu lub dla określenia miejsca biopsji;
- 13) **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);
- 14) **podejrzenie przerzutów do kości**, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu nowotworu (preferowany znacznik 18F);
- 15) **planowanie radykalnej radioterapii** o modulowanej intensywności wiązki, w celu oceny rozkładu żywych komórek nowotworowych, hipoksji lub proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają na dokonanie takiej oceny;
- 16) **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;
- 17) **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;
- 18) **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;
- 19) **nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)**, w celu monitorowania odpowiedzi na molekularnie ukierunkowane leczenie;
- 20) **przerzuty o nieznanym punkcie wyjścia**, w celu lokalizacji guza pierwotnego, jeżeli nie jest to możliwe przy użyciu innych dostępnych badań.

2. Choroby serca:

1) badania perfuzyjne serca:

- a) **podejrzenie choroby niedokrwiennej** w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania, jeśli inne badania diagnostyczne (w tym szczególnie badanie perfuzyjne SPRCT) nie pozwalają na jednoznaczne określenie rozpoznania – jako badanie rozstrzygające;
- b) **podejrzenie choroby niedokrwiennej** w grupie chorych o pośrednim ryzyku zachorowania, jeśli czynniki obiektywne wskazują na możliwość uzyskania fałszywego w klasycznych badaniach SPECT (otyłość, mastektomia, duży biust, wszczepy, inne) – jako badanie podstawowe;

2) badanie w kierunku oceny żywotności mięśnia sercowego.

3. Choroby układu nerwowego: rozpoznana **padaczka lekooporna** z planowanym leczeniem operacyjnym.

POTWIERDZENIE KWALIFIKACJI DO BADANIA*

zgodnie z kryteriami NFZ (wg punktów)

brak możliwości refundacji NFZ

Wrocław, dn.

.....
podpis i pieczęć Lekarza Pracowni PET/CT

*wypełnia Lekarz Pracowni PET/CT