**Informacje dodatkowe**

**Liczba wykonanych badań w okresie od 01.01.2017 – 30.10.2017**

**Zadanie 1. Badania biochemiczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba badań*** |
| 1 | Chlorki w pocie | 0 |

**Zadanie 2. Biopsje**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba badań*** |
| **1** | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmian narządów powierzchniowych np. tarczyca, sutek, węzły chłonne (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) | 0 |
| **2** | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmian narządów położonych głęboko np. trzustka, wątroba, płuco, nerka, prostata (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) | 0 |
| **3** | Biopsja aspiracyjna grubo igłowa np. tarczyca, sutek, węzły chłonne (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) | 0 |
| **4** | Biopsja aspiracyjna grubo igłowa np. trzustka, wątroba, płuco, nerka, prostata (z oceną histopatologiczną; cytologiczną) | 0 |

**Zadanie 3. Konsultacje chirurgii naczyń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba*** |
| **1** | Konsultacja chirurgii naczyń | 0 |

**Zadanie 4. Konsultacje chirurgii szczękowo - twarzowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba*** |
| **1** | Konsultacja chirurgii szczękowo - twarzowej | 5 |

**Zadanie 5. Konsultacje gastroenterologiczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba*** |
| **1** | Konsultacja gastroenterologiczna | 0 |

**Zadanie 6. Konsultacje hematologiczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba*** |
| **1** | Konsultacja hematologiczna | 3 |

**Zadanie 7. Konsultacje neurochirurgiczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba*** |
| **1** | Konsultacja neurochirurgiczna | 2 |

**Zadanie 8. TK Angiografia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba*** |
| **1** | TK angiografia | 14 |

**Zadanie 9. Badania toksykologiczne**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | ***Liczba*** |
| **1** | Zarodniki grzybów w kale | 0 |
| **2** | Zarodniki grzybów w kale po hegarze | 0 |
| **3** | Zarodniki grzybów w wymiocinach | 0 |
| **4** | Zarodniki grzybów w popłuczynach żołądkowych | 0 |

**Zadanie 10. Wysokospecjalistyczny transport noworodka lub wcześniaka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakres świadczeń*** | ***Liczba*** |
| **1** | **Wysokospecjalistyczny transport o charakterze reanimacyjnym noworodka lub wcześniaka** | **2** |