



Dopravní zdravotnictví a.s.
POLIKLINIKA AGEL Praha Italská
Italská 560/37, 121 43 Praha 2

Oddělení magnetické rezonance
Tel.. +420 221 087 667
e-mail: mr@pol.agel.cz

ŽÁDANKA NA MR VYŠETŘENÍ – magnetická rezonance

OBJEDNÁNÍ: Den	Hodina
-----------------------	---------------

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ

PACIENT Jméno: Příjmení: Adresa: Rodné číslo: Pojišťovna: Telefonní číslo: Výška: Váha:	ODESÍLAJÍCÍ ZAŘÍZENÍ (čitelné razítko) Jméno indikujícího lékaře: IČP: Odbornost: Telefonní číslo lékaře:
Odesílající diagnóza číslem a slovy:	
Alergické projevy v anamnéze:	
Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta: kardiostimulátor/defibrilátor ANO NE neurostimulátor ANO NE kochleární implantát ANO NE infuzní pumpa ANO NE cévní svorky ANO NE kovové implantáty (endoprotézy apod.) ANO NE kovové střepiny, cizí tělesa (oko) ANO NE chloupenní náhrady (jaké) ANO NE	Jiné případné kontraindikace: naslouchadla ANO NE alergie (kontrastní látka) ANO NE tetování ANO NE piercing ANO NE těhotenství 1. trimestru ANO NE
Absolutní kontraindikací je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, infuzní pumpa, neurostimulátor, některé chloupenní náhrady, kovové špony v oku, první trimestr těhotenství. Potvrzují, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.	
Orgán či oblast, která má být vyšetřena (označte): <input type="checkbox"/> mozek <input type="checkbox"/> orbity <input type="checkbox"/> hypofýza <input type="checkbox"/> C páteř <input type="checkbox"/> Th páteř <input type="checkbox"/> LS páteř <input type="checkbox"/> kolenní kloub <input type="checkbox"/> ramenní kloub <input type="checkbox"/> jiné klouby – vypsát	<input type="checkbox"/> dlouhé kosti (upřesněte) <input type="checkbox"/> břicho (upřesněte) <input type="checkbox"/> pánev (upřesněte) <input type="checkbox"/> MR angiografie intrakraniálních tepen <input type="checkbox"/> MR venografie <input type="checkbox"/> MR angiografie karotid <input type="checkbox"/> MR angiografie tepen dolních končetin <input type="checkbox"/> MR angiografie renálních tepen
Při požadavku na jiná vyšetření prosíme o osobní nebo telefonickou domluvu na našem oddělení.	



Dopravní zdravotnictví a.s.
POLIKLINIKA AGEL Praha Italská
Italská 560/37, 121 43 Praha 2

Oddělení magnetické rezonance
Tel.. +420 221 087 667
e-mail: mr@pol.agel.cz

Stručná epikríza:

Problém, který má MR vyřešit:

Výsledky předchozích vyšetření: (RTG, UZ, CT, laboratorní testy, předchozí operační zákroky aj.)

Prosíme o zaslání předchozí obrazové dokumentace (CT, MR, RTG) elektronicky sítí ePACS.

Nález žádáme zaslat:

- poštou
- nález vyzvedne pacient osobně

Obrazovou dokumentaci z vyšetření zapůjčujeme na písemné či telefonické vyžádání zdravotnického zařízení. Lze vypálit na originální nosič, tato služba je zpoplatněná.

Odesílající (indikující) lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:

Pacient se dostaví k vyšetření 15min. před časem určeným při objednání. Obvyklá doba vyšetření je 20-50 minut.

Je nutné, aby pacient při vyšetření spolupracoval, ležel v klidu a nehýbal se.

U vyšetření břicha by pacient neměl jíst ani pít alespoň 2 hodiny před vyšetřením.

Děti lze vyšetřovat dle schopnosti (spolupracovat a setrvat v klidu) cca od 5 let věku. Je nutný doprovod.

U hospitalizovaných pacientů je výhodou zavedená i. v. kanyla. Urychlí nám průběh vyšetření.

Nevyšetřujeme pacienty, kteří nejsou schopni sami dýchat.

V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře či pacienta, se obraťte, prosím telefonicky se svými dotazy na naše telefonní čísla.

Datum:

Razítko a podpis indikujícího lékaře: