

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: IČZ: 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"/> dlouhé kosti (upřesněte) |
| <input type="checkbox"/> orbity | <input type="checkbox"/> břicho (upřesněte) |
| <input type="checkbox"/> hypofýza | <input type="checkbox"/> pánev (upřesněte) |
| <input type="checkbox"/> C páteř | <input type="checkbox"/> MR angiografie intrakraniálních tepen |
| <input type="checkbox"/> Th páteř | <input type="checkbox"/> MR angiografie mozku vénozní |
| <input type="checkbox"/> LS páteř | <input type="checkbox"/> MR angiografie karotid |
| <input type="checkbox"/> kolenní kloub | <input type="checkbox"/> MR angiografie tepen dolních končetin |
| <input type="checkbox"/> ramenní kloub | <input type="checkbox"/> MR angiografie renálních tepen |
| <input type="checkbox"/> jiné klouby – vypsát | |
| <input type="checkbox"/> prsa (upřesněte) | |

Při požadavku na jiná vyšetření prosíme o osobní nebo telefonickou domluvu na našem oddělení.

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: