

Žádanka na vyšetření magnetickou rezonancí (MR)

Telefon pro objednání: 596 383 203

Datum vyšetření:	hodina:
-------------------------	----------------

Čitelně vyplní indikující lékař

Příjmení a jméno pacienta:	Odesílající zařízení:		
Rodné číslo:			
Pojišťovna:			
Adresa:	IČZ odesílajícího lékaře:		
	Jméno indikujícího lékaře:		
Telefon pacienta pro případ přeobjednání:	Telefon indikujícího lékaře:		
Kód dg.:	Dg. slovy:	Váha pacienta:	
Alergie v anamnéze:			
Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:	Jiné kontraindikace:		
kardiostimulátor (elektrody)	ano ne	těhotenství - I. trimestr	ano ne
cévní svorky	ano ne	tetování	ano ne
kovové implantáty (endoprotézy)	ano ne	naslouchadla	ano ne
kovové střeptiny, úlomky, cizí tělesa	ano ne	kontaktní čočky	ano ne
cizí kovové těleso oko	ano ne	alergie – jaké?	ano ne
chloupenní náhrady	ano ne	piercing	ano ne
nitroděložní tělíska (IUD)	ano ne	jiné operace – jaké?	ano ne
Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, některé chloupenní náhrady, svorky na intrakraniálních aneuryzmatech, první trimestr těhotenství.			
Potvrzuji, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.			
Oblast, která má být vyšetřena (prosím zaškrtněte, popř. specifikujte):			
<input type="checkbox"/> Pyramidy		<input type="checkbox"/> MR angiografie intrakraniálních tepen	
<input type="checkbox"/> Mozek		<input type="checkbox"/> MR angiografie karotid	
<input type="checkbox"/> Hypofýza		<input type="checkbox"/> MR angiografie dolních končetin	
<input type="checkbox"/> Orby			
<input type="checkbox"/> C páteř			
<input type="checkbox"/> Th páteře			
<input type="checkbox"/> LS páteř			
<input type="checkbox"/> Ramenní kloub			
<input type="checkbox"/> Kolenní kloub			
<input type="checkbox"/> Jiný kloub (jaký)			
<input type="checkbox"/> Břicho – specifikujte			
Požadujete-li jiná vyšetření, prosíme o telefonickou domluvu.			

Epikríza (stručná):
Problém, který má MR vyšetření vyřešit:
Výsledky předchozích vyšetření – RTG, CT, MR, operační zákrok apod.:
Výsledky zaslat: <input type="checkbox"/> datovou schránkou <input type="checkbox"/> poštou <input type="checkbox"/> pacient vyzvedne osobně
<u>Odesílající /indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:</u> Pacient se dostaví 15 minut před objednaným časem k vyšetření. Obvyklá doba vyšetření je 30–40 minut. Je důležité, aby pacient během vyšetření spolupracoval a setrval v naprostém klidu. U vyšetření břicha pacient nepije alespoň 2 hodiny před vyšetřením. Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat od 4 let věku, mladší po domluvě s lékařem, případně i v celkové anestezii. V případě jakýchkoliv nejasností či dotazů se telefonicky obraťte na telefonní číslo 596 383 203.

Datum:

Razítko a podpis odesílajícího lékaře: