

ŽÁDANKA K VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Příjmení a jméno: _____ Rodné číslo/č.pojištění: _____

Telefon na pacienta: _____ Pojišťovna: _____ Pohlaví: _____

Bydliště/PSC/Email: _____

Požadované vyšetření (oblast): _____

Číselný kod diagnózy: _____

Klinická diagnóza: _____

Stručná epikríza: _____

Je pacient(ka) nositelem?

Typ a lokalizace implantátu/MR kompatibilita:

- Kochleární implantát ANO NE
- Kardiostimulátor ANO NE
- Kovových cévních svorek ANO NE
- Stentů ANO NE
- Kovových cizích těles ANO NE
- Kovové náhrady chlopně ANO NE
- Jiných kovových implantátů ANO NE
- Nitroděložního tělíska ANO NE

!!! Kochleární implantát, magnetické sévní svorky, nekompatibilní kardiostimulátory a volné kovové elektrody jsou absolutní kontraindikací k vyšetření !!!

Další informace: Gravidita ANO NE Alergie ANO NE
Je nutná celková anestezie při výkonu? ANO NE
Pacient: chodící sedící ležící s doprovodem

K MR vyšetření je nutno předložit předchozí obrazovou dokumentaci (nativní snímky, CT/MRI apod.), event. zajistit její preposlání via ePACS z jiného pracoviště.

Odesílající = indikující lékař je plně zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a následující poučení pacienta:

Vyšetřovaný se dostaví 15 minut před časem objednání, obvyklá doba vyšetření je cca 20-40minut s tím, že čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti

Potvrzuji, že pacient nemá žádnou z výše uvedených absolutních kontraindikací a jsem si vědom(a) své plné zodpovědnosti za správné a úplné vyplnění žádanky

Jsem si také vědom(a), že neúplné či nesprávné vyplnění žádanky a zvláště neshoda v kovové anamnéze může vést k neprovedení vyšetření z forezních důvodů

Datum:

Indikující lékař/ICZ/telefon:

Podpis, razítko