

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

NA VYŠETŘENÍ SE DOSTAVTE 15 MIN. PŘED ČASEM OBJEDNÁNÍ

Termín objednání – datum: _____ hodina: _____ (čas objednání je orientační)

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ

Příjmení, jméno:		Pojišťovna:	
Rodné číslo:		Výška:	
Adresa:		Váha:	
Telefon:		Číselný kód dg.:	
Alergie v anamnéze:		Diagnóza slovně:	

Indikující lékař:

Příjmení, jméno:		IČO:	
Tel. číslo:		Odbornost:	

POZOR!

Absolutní kontraindikací je implantovaný kardiostimulátor (či ponechané elektrody po deplantaci), kochleární implantát (či jiné implantované elektronické zařízení), některé chlopenní náhrady, cévní svorky z feromagnetických materiálů, první trimestr těhotenství nebo kovová střešina v oku. Potvrzuji, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.

Stručná epikríza:

☐ Požadované vyšetření: ☐ MR mozku ☐ MR mozku+míchy (demyelizace) ☐ MR Ag mozku ☐ MR orbity ☐ MR hypofýzy ☐ MR krku ☐ MR C páteř ☐ MR Th páteř	☐ MR LS páteře ☐ MR SI skl. ☐ MR kolene ☐ MR hlezna ☐ MR kyčle ☐ MR ramene ☐ MR lokte ☐ Jiné
--	---

Problém, který má MR vyřešit:

Výsledky předchozích vyšetření (zobrazovacích, laboratorních, předchozí operace):

(nutnost zaslání obrazové dokumentace předchozích RTG snímků kloubů, CT, event. MR)

Obrazová dokumentace:

- ☐ nepožaduji
- ☐ pacientovi na DVD
- ☐ zaslat ePACSem do

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

Pacient se dostaví na MR vyšetření 15 minut před časem, na který je objednáán.

Obvyklá doba vyšetření je 30–45 minut.

Na MR enterografii se pacient dostaví 1,5 hodiny před časem, na který je objednáán.

Čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti.

Je nutné, aby během celého vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu.

U vyšetření břicha pacient nepije a nejí alespoň 2 hodiny před vyšetřením.

Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat (cca od 4 let věku).

Nevyšetřujeme pacienty, kteří nejsou schopni sami dýchat!

Nedílnou součástí žádanky je Písemný souhlas s vyšetřením MR a Dotazník pro pacienty před vyšetřením MR.

V případě jakýchkoliv nejasností se, prosím, telefonicky obraťte se svými dotazy na personál našeho oddělení.

Datum:

Identifikace a podpis indikujícího lékaře, razítko:

