



ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ - MAGNETICKÁ REZONANCE (MR)

Pacient Jméno: <input type="text"/> Příjmení: <input type="text"/> Adresa: <input type="text"/>	Odesílající zařízení, kam bude nález zaslán: Jméno indikujícího lékaře, IČZ, odbornost: (event. čitelné razítko) <input type="text"/> Tel.: <input type="text"/>
Rodné číslo: <input type="text"/>	Tel.pacienta: <input type="text"/>
Výška/Váha: <input type="text"/> Alergie: <input type="text"/>	Pojišťovna: <input type="text"/> Diag. (MKN): <input type="text"/>
Pacient: <input type="radio"/> ambulantní pac. <input type="radio"/> hosp.pac. - kl. či tel: <input type="text"/>	mobilita pacienta: <input type="radio"/> samostatný/á <input type="radio"/> na lůžku <input type="radio"/> inv.vozík <input type="radio"/> jiné omezení: <input type="text"/>
Stručná epikríza: <input type="text"/>	
Požadované MR vyšetření: <input type="text"/>	
Problém, který má MR vyřešit: <input type="text"/>	
Případnou relevantní obrazovou dokumentaci (včetně popisu) z jiného pracoviště, prosím, zašlete ePACSem či doručte na CD/DVD společně s žádankou.	
Obrazová dokumentace: <input type="radio"/> nepožadujeme <input type="radio"/> pacientovi na CD/DVD <input type="radio"/> zaslat ePACSem do: <input type="text"/>	
Žadající lékař níže vyplní zda pacient má/nemá uvedené kontraindikace:	
Zaveden ICD a ICV, popř. datum deplance? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
Má-li pacient MRI kompatibilní ICD či ICV vyžadujeme potvrzení o převedení do MR módu. Potvrzení nesmí být starší 24 hodin.	
Je pacient nositelem elektronického implantátu? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
(kochleární, inzulinová pumpa, naslouchadlo, či neurostimulační zařízení)	
Je pacient po operaci výdutě mozkové tepny? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
Má pacient v těle cévní výztuž (stent, spirálky)nebo žilní katetr? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
Je pacient po jiné velké operaci? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
Má pacient v těle jiné kovové předměty? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
(kloubní náhrady, kovové dlahy, šrouby, případně rovnátka!!!)	
Kovové střeptiny v oku nebo cizí kovové předměty v těle? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
(jehlu, drát, dlahu, kov.střeptinu, broky)	
Trpí pacient strachem z uzavřených prostor (klaustrofobie)? <input type="radio"/> ANO <input type="radio"/> NE	<input type="text"/>
POZOR: Implantovaný kardiostimulátor (či ponechané elektrody po deplanci), kochleární implantát (či jiné implantované elektronické zařízení),některé chlopenní náhrady, cévní svorky z feromagnetických materiálů, první trimestr těhotenství nebo kovová střeptina v oku představují absolutní kontra indikaci pro MR vyšetření. Potvrzují, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.	
Součástí žádanky je Písemný souhlas s vyšetřením MR a Dotazník pro pacienty před vyšetřením MR. <u>Veškeré informace jsou dostupné na webu kliniky nebo zde https://www.fnhk.cz/rdg/soubory-ke-stazeni !</u>	
V případě jakýchkoliv nejasností se, prosím, obraťte telefonicky (495 832 209) se svými dotazy na personál našeho oddělení.	
Datum: <input type="text"/>	Razítko a podpis lékaře: <input type="text"/>