

Žádanka na vyšetření magnetickou rezonancí

Objednání: den	Hodina :
Poznámka :	STATIM! Akutně Rutina
Schválil :	

Pacient :	Indikující lékař (odesílající zařízení):
Jméno: Příjmení: Adresa:	Jméno: IČZ: Telefon: Email :
Rodné číslo :	Číselná diagnóza k vyšetření (MKN):
Váha : Výška :	Slovní diagnóza k vyšetření:
Pojišťovna:	
Telefon pacienta (mobil):	
Alergická anamnéza:	
Závažná porucha funkce ledvin (GFR < 30 ml/min./1,73 m ²):	
Prodělané operace:	

Absolutní kontraindikace MR, vyšetřovaný má:					
Kardiostimulátor (srdeční elektrody)	ano	ne	Elektronické implantáty (kochleární, insulin. pumpa)	ano	ne
Cévní svorky MR nekompatibilní	ano	ne	Feromagnetické chlopenní náhrady	ano	ne
Cizí kovové těleso (v oku, intrakraniálně)	ano	ne	Těhotenství (1. trimestr)	ano	ne
Relativní kontraindikace MR, vyšetřovaný má:					
Kovové implantáty (endoprotézy,...)	ano	ne	Naslouchadla	ano	ne
Stenty, žilní filtry	ano	ne	Piercing, tetování	ano	ne

Orgán či oblast, která má být vyšetřena :

Epikríza, osobní anamnéza a klinická otázka, kterou má vyšetření zodpovědět:

K MR vyšetření je vhodné doložit související obrazovou dokumentaci CT, MR apod. z předchozích vyšetření.

Indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky. Žádanka s chybně uvedenými či neaktuálními informacemi o pacientovi bude důvodem k neprovedení MR. Hrozí vážné zdravotní poškození pacienta a poškození přístroje. Indikující lékař předá pacientovi tyto pokyny: Pacient se dostaví 20 minut před časem vyšetření. Obvyklá doba vyšetření je do 45 minut. Čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti. Je nutné, aby pacient spolupracoval a dovedl setrvat v naprostém klidu. Před vyšetřením nejíst 4 hodiny, pít můžete malé množství neperlivé vody. Před vyšetřením břicha nepít 2 hodiny. Vyšetření dětí dle schopnosti spolupráce.

V případě nejasností prosím kontaktuje MR pracoviště na telefoním čísle 491601937, 605321158.

Datum:	Razítko a podpis lékaře:
--------	--------------------------

POUČENÍ
Odesílající lékař je povinen poučit pacienta podle následujících pokynů:

- Pacient se dostaví 15-20 minut před časem určeným při objednání k vyšetření.
- Obvyklá doba vyšetření je 30-45 min.
- Vyšetření je doprovázeno nadměrným hlukem přístroje, který je částečně eliminován sluchátky.
- Je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu.
- U klaustrofobických pacientů doporučujeme doprovod z důvodu možné nutnosti premedikace.
- Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat cca od 5 let věku. Vyšetření v celkové anestezii se zatím neprovádí.
- K vyšetření orgánů dutiny břišní a retroperitonea před vyšetřením nepoužívat látky akcentující střevní peristaltiku.
- Pacient lační 4 hodiny před vyšetřením. U diabetiků dle domluvy.
- U hospitalizovaných pacientů při předpokladu aplikace kontrastní látky je nutné zajistit periferní žilní kanylu – min. modrou.
- U vyšetření hlavy nepoužívat lak na vlasy, make-up.

Pokud je pacient nositelem kovových předmětů, má renální insuficienci a předpokládá se podání kontrastní látky i.v. je nutné vyšetření s námi předem konzultovat! V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře i pacienta je možná telefonická konzultace přímo na pracovišti MR tel. 491601937, eventuelně 605321158.

Poznámka: Nosnost vyšetřovacího stolu činí cca **250 kg**, průměr vyšetřovacího tunelu je 70 cm

DOTAZNÍK K VYŠETŘENÍ MR

 (vyplní s klientem **indikující lékař** a kontroluje radiologický asistent nebo všeobecná sestra)

			Poznámka
Kardiostimulátor	Ano	Ne	
Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD)	Ano	Ne	
Kochleární implantát	Ano	Ne	
Neurostimulátor	Ano	Ne	
Inzulínová pumpa	Ano	Ne	
Chlopenní náhrady	Ano	Ne	
Nitroděložní tělíška	Ano	Ne	
Cévní svorky	Ano	Ne	
Embolizační spirály	Ano	Ne	
Kovové implantáty MR nekompatibilní	Ano	Ne	
Kovové střeptiny, úlomky, cizí tělesa	Ano	Ne	
Venosní porty	Ano	Ne	
Tetování, permanentní make up	Ano	Ne	
Těhotenství	Ano	Ne	
Naslouchadlo	Ano	Ne	
Kontaktní čočky	Ano	Ne	
Zubní protézy / rovnátka /	Ano	Ne	
Piercing	Ano	Ne	
Renální insuficience	Ano	Ne	
Pokud ano	Akutní	Vyjádření nefrologa	
	Chronická	CKD...	
Alergie (na co?)	Ano	Ne	
Prodělal pacient operace (jaké)	Ano	Ne	
Jiné:			

**Indikující lékař je zodpovědný za správnost a pravdivost výše uvedených údajů.
Žádanka bez podpisu indikujícího lékaře je NEPLATNÁ!**

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis indikujícího lékaře: