

**Kontakt na MR:**

tel: +420 495 865 363

email: mri.hk@euc.cz

Žádanka na MR vyšetření

Odesílající/indikující lékař je zodpovědný za řádné a čitelné vyplnění žádanky a poučení pacienta před MR dle níže uvedených pokynů.

Odesílající zařízení (razítko):

Jméno indikujícího lékaře:

IČZ:

Příjmení a jméno pacienta:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Adresa bydliště:

Telefonní číslo pacienta (mobil) pro případ nutnosti přeobjednání:

Výška/hmotnost:

Alergické projevy v anamnéze:

Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta (*zakroužkujte)

Kardiostimulátor nebo jiný přístroj ovlivňující činnost srdce, popřípadě ponechané elektrody.

ANO

NE

Aneuryzmatické cévní svorky, pokud není písemně doložena jejich MR kompatibilita.

ANO

NE

Elektronické implantáty (kochleární, inzulinová pumpa atd.), pokud není písemně doložena MR kompatibilita.

ANO

NE

Kovová cizí tělesa z jiného než prokazatelně nemagnetického kovu intrakraniálně či intraorbitálně.

ANO

NE

Náhrady srdečních chlopní s písemně uvedenou MR nekompatibilitou.

ANO

NE

Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, některé chlopenní náhrady, cévní svorky z feromagnetických materiálů, první trimestr těhotenství!

Orgán či oblast, která má být vyšetřena (vypište):

Odesílající diagnóza číslem:

Odesílající diagnóza slovy:

Stručná epikríza, problém, který má MR vyřešit:

Poznámka vyšetřujícího zařízení pro odesílajícího lékaře:

- Vyžadujeme zaslání obrazové dokumentace k předchozím vyšetřením pacienta: MR, SONO, RTG, laboratorní testy, předchozí operační zákroky.
- V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře či pacienta, se prosím obraťte telefonicky se svými dotazy na uvedená telefonní čísla.
- Obrazovou dokumentaci z vyšetření zapůjčujeme na písemné či telefonické vyžádání zdravotnického zařízení.
- Nevyšetřujeme hospitalizované pacienty a v celkové anestezii.

Poučení pacienta před MR:

- Před vyšetřením bude pacient na místě podrobně seznámen s průběhem MR vyšetření a požádán souhlas s vyšetřením.
- Je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu. Klaustrofobický pacient může předem požádat indikujícího lékaře o předepsání uklidňujícího léku, který si aplikuje v den vyšetření.
- Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupráce cca od 4 let věku.

Potvrzují, že pacient byl o vyšetření řádně poučen a nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.

Datum:

Razítko a podpis lékaře: