

Žádanka na vyšetření MR

Objednán na termín:

Vyšetřovaný se dostaví 20 minut před časem objednání.

Jméno a příjmení:	
Číslo pojištěnce (RČ):	Pojišťovna:
Adresa bydliště:	Telefon: Váha:
Základní diagnóza slovy:	Kód:
Jednoznačná specifikace a oblast vyšetření:	
Podstatná anamnestická data a výsledky předchozích vyšetření:	
Prosíme zaslat obrazová data z předchozích CT a MR vyšetření s pacientem či do PACSu Nemocnice Kyjov.	
Očekávaný přínos (problém, na který má MR odpovědět):	
Absolutní kontraindikace MR, pokud vyšetřovaný má: * Kardiostimulátor (srdeční elektrody) ANO – NE Elektron. implantát (kochleární, inzulin. pumpa) ANO – NE Umělá srdeční chlopeň – MR nekompatibilní ANO – NE Cévní svorka – MR nekompatibilní ANO – NE Cizí kovový předmět v oku či intrakraniálně ANO – NE Těhotenství v I. trimestru ANO – NE	Doplňující dotazy:* Klaustrofobie ANO – NE Alergie na léky či KL ANO – NE Event. uveďte název: Porušené ledvinné funkce: ANO – NE Event. hodnota kreatininu:

Obrazovou dokumentaci z MR vyšetření zapůjčujeme na písemné či telefonické vyžádání zdravotnického zařízení (pouze v digitální formě ve formátu DICOM).

Žádám o zapůjčení obrazové dokumentace z MR vyšetření:* **ANO - NE**

Způsob zapůjčení:* **CD e-PACS, Redimed (zaslat kam):**

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

- čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti,
- obvyklá doba vyšetření je 30 – 45 minut,
- je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu,
- děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupráce cca od věku 4 let,
- vyšetřujeme pouze pacienty, kteří jsou schopni samostatně dýchat,
- u hospitalizovaných pacientů je výhodou zavedená i.v. kanyla, která urychlí průběh vyšetření,
- u vyšetření břicha pacient nepije a nejí alespoň 2 hodiny před vyšetřením.

V případě jakýchkoli nejasností ze strany lékaře či pacienta se prosím obraťte se svými dotazy na telefonní číslo 518 601 269.

Indikující lékař či zdravotnické zařízení:

Datum:

Razítko a podpis lékaře:

Bez řádně vyplněné a orazítkované žádanky, nemůže být pacient vyšetřen. Děkujeme za pochopení.