

HORNOORAVSKÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU 028 01 TRSTENÁ
CENTRÁLNE RÁDIODIAGNOSTICKÉ ODDELENIE

MR

ŽIADANKA O VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

Presná adresa lekára, na ktorú treba doručiť výsledok MR vyšetrenia:

Pacient:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Kód poisťovne:

Odosielajúci útvar:

Číslo DRG prípadu:

Anamnéza:

Tel. odosielajúceho lekára:

OBJEDNANÝ NA:

hod.:

Klinický nález:

Patologické laboratórne výsledky

Klinická diagnóza:

Štatistický kód

Predchádzajúce MR-CT-RTG-UZ vyšetrenia (miesto, dátum, číslo vyš., záver):

Orgán, ktorý má byť vyšetrený:

Otázka, na ktorú má dať MR vyšetrenie odpoveď

Kontraindikácia i.v. podania kontrastnej látky (poškodenie obličiek a pod.):

Alergia:

Kontraindikácia celkovej anestézie (u detí):

Upozornenie:

Hospitalizovaní pacienti musia mať priložený chorobopis a prípadnú rtg dokumentáciu.

NUTNÉ JE VYPLŇIŤ VŠETKY RUBRIKY.

Upozornenie:

Prosíme o dodržiavanie času vyšetrenia. Odosielajúci lekár zodpovedá za správnu indikáciu vyšetrenia, správnosť a kompletnosť údajov na žiadanke, informovanie pacienta o dôvode a spôsobe vyšetrenia a prípravu pacienta na vyšetrenie.

Absolútnou kontraindikáciou vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor, inzulínová pumpa, kchleárny implantát, prípadne iné elektronické, magnetické alebo mechanické implantáty!

Je potrebné uviesť prítomnosť umelých srdcových chlopní, kovových implantátov a cudzích telies, cievnych svoriek, kovovej tetováže, klaustrofóbiu, graviditu, atď., ktoré môžu byť relatívnou kontraindikáciou vyšetrenia!

Pri pochybnostiach je potrebné overiť u výrobcu kompatibilitu implantovaných materiálov s magnetickým poľom. Pri mnohých vyšetreniach je potrebná i.v. aplikácia paramagnetickej kontrastnej látky s obsahom gadolína. Pred jej aplikáciou nie je potrebná špeciálne príprava.

Kontraindikáciou je známa alergia na tento druh preparátu a závažná porucha renálnych funkcií (GFR nižšia ako 0,5 ml/s). Pri nejistotách prosím kontaktujte personál pracoviska magnetickej rezonancie. Ďakujeme za spoluprácu.

.....
podpis pacienta

Dátum:

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára: