

| | | | |
|---|---|---|-------------|
| Termín objednání: datum: | | hodina: | |
| Pacient: | | | |
| Jméno a příjmení pacienta: | | Rodné číslo/číslo pojištění: | Pojišťovna: |
| Bydliště: | | Telefon na pacienta: | |
| | | Hmotnost: | Výška: |
| Mobilita pacienta: <input type="checkbox"/> samostatná <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> inval. vozík <input type="checkbox"/> jiná omezení: | | | |
| Závažná porucha funkce ledvin (GFR<30 ml/min/1,73 m ²) | <input type="checkbox"/> | Hodnota kreatininu v séru a datum odběru: | |
| Alergická anamnéza | <input type="checkbox"/> | | |
| Vyšetření: | | | |
| Požadované MR vyšetření: | | | |
| Slovní/klinická diagnóza: | | | |
| Číselná diagnóza (MKN) | | | |
| Stručná epikríza, klinická otázka, kterou má MR vyšetření zodpovědět: | | | |
| Obrazová dokumentace: | | | |
| Nepožadujeme <input type="checkbox"/> | Pacientovi na CD/DVD <input type="checkbox"/> | Zaslat elektronicky žadateli <input type="checkbox"/> | |

!!! ABSOLUTNÍ KONTRAINDIKACE MR !!!

Kardiostimulátor MR nekompatibilní (či ponechané elektrody po jeho deplataci), cévní svorky MR nekompatibilní, elektronické implantáty (kochleární, insul. pumpa), feromagnetické chlopenní náhrady, cizí těleso v oku či intrakraniálně, první trimestr gravidity

RELATIVNÍ KONTRAINDIKACE MR:

| Pacient je nositelem, má implantovaný: | | Poznámka (potvrzení o MR kompatibilitě, doba operace, implantace...) |
|---|--------------------------|---|
| Kardiostimulátor, ICD, ponechané elektrody | <input type="checkbox"/> | |
| Kovový osteosyntetický materiál, TEP | <input type="checkbox"/> | |
| Jiný kovový materiál (stenty, žilní filtry) | <input type="checkbox"/> | |
| Naslouchadlo | <input type="checkbox"/> | |
| Piercing, tetování | <input type="checkbox"/> | |
| Gravidita | <input type="checkbox"/> | |
| Fixní rovnátka | <input type="checkbox"/> | nutno konzultovat ortodontistu a sejmut odlučitelné části, vydat zprávu o správné fixaci aparátu a předpokladu bezproblémového MR vyšetření |

K MR vyšetření je nutno předložit související předchozí obrazovou dokumentaci (CT, MR, případně RTG)

Indikující lékař poučí pacienta podle následujících pokynů:

- Pacient se dostaví 15-20 minut před časem určeným při objednání vyšetření.
- Obvyklá doba vyšetření je 20-45 minut
- Před vyšetřením v případě, že vám budeme vyšetřovat oblast břicha (střeva, žlučové cesty, játra) není vhodné jíst těsně před vyšetřením (je nutné být cca 2-3 hodiny nalačno). Na ostatní MR vyšetření není potřebná žádná speciální příprava. Můžete jíst a pít jako každý den, a to před vyšetřením tak i bezprostředně po jeho ukončení. V případě, že vám lékař nedoporučí jinak, můžete normálně užívat i vaše léky.
- U vyšetření hlavy nepoužívat lak na vlasy, make-up

**Potvrzují, že pacient nemá žádnou z výše uvedených absolutních kontraindikací a jsem si vědom(a) své plné zodpovědnosti za správné a úplné vyplnění žádanky.
Žádanka bez podpisu indikujícího lékaře je NEPLATNÁ!**

Datum:

Indikující lékař, IČZ, telefon:
(event. čitelné razítko)

razítko a podpis