|  |
| --- |
| **ŽIADANKA NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU – MS SYSTÉM** |
|  |
|  | Pacient: |  |
| Priezvisko, meno, titul : |  | Rodné číslo: |   |
| Bydlisko: (ulica, číslo, PSČ, mesto) |  |
| Kontakt: (Telefón, e-mail) |  | E-mail: |   | Kód ZP |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Lekár: |  |
| Titul, meno, priezvisko: |  | Kód lekára: | A |
| Adresa zdravotníckeho zariadenia: :  |  |
| Kontakt: (Telefón, e-mail) |  | Kód zdrav. zariadenia | P |

**Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor (konzultovať s kardiológom), inzulínová pumpa!**
**Žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty, cudzie telesá, cievne svorky – a potvrdiť ich kompatibilitu s 1,5T alebo 3T prístrojom. Relatívnou kontraindikáciou môže byť aj klaustrofóbia, gravidita, nekľud ...**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Termín vyšetrenia: |  |
| Predchádzajúce MR vyšetrenia: (kde, kedy, orgán vyšetrenia) |  |
| Termín vyšetrenia: |  | Termín oznámiť: | □ LEKÁROVI | □ PACIENTOVI |
| Uviesť cudzie telesá, implantáty a kompatibilitu s MR prístrojom: (Skrutky – oceľ, Ti, Bio, fixačný materiál) :  |  |
| Ide o úraz akútny? Počet dní od úrazu: |  | Ide o degeneratívne ochorenie pohybového aparátu ? | áno | nie | Potreba sedácie:v prípade klaustrofóbie, malých detí, nekľudných pac. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Špecifikácia vyšetrenia: |  |
| Orgán / oblasť vyšetrenia:: |  |
| Užšia otázka :  |  |
| Epikríza: (ochorenia, operácie, výsledky relevantných predchádzajúcich rádiodiagnostických vyšetrení, nutnosť kontrastnej látky) |
|  |
| Klinická diagnóza: |  | Štatistický kód diagnózy: |  |

ŽIADANKU PROSÍME VYPÍSAŤ V 2 VYHOTOVENIACH.

Dátum vystavenia žiadanky: ................................................ Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára:

Ďakujeme Vám za odporúčanie pacienta a dôkladné vyplnenie žiadanky. Tešíme sa na ďalšiu spoluprácu. Tím pracoviska MR.