|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.