

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.