Žádanka na vyšetření magnetickou rezonancí

|  |  |
| --- | --- |
| **Objednání: den** | **Hodina :** |
| **Poznámka :** | **STATIM! Akutně Rutina** |
| **Schválil :** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pacient :** | | | | | | **Indikující lékař (odesílající zařízení):** | | | |
| **Jméno:**  **Příjmení: Adresa:** | | | | | | | **Jméno:**  **IČZ:**  **Telefon: Email :** | | | |
| **Rodné číslo :** | | | | | | **Číselná diagnóza k vyšetření (MKN):** | | | |
| **Váha :** | **Výška :** | | | | | **Slovní diagnóza k vyšetření:** | | | |
| **Pojišťovna:** | | | | | |
| **Telefon pacienta (mobil):** | | | | | |
| **Alergická anamnéza:** | | | | | | | | | |
| **Závažná porucha funkce ledvin (GFR < 30 ml/min./1,73 m2 ):** | | | | | | | | | |
| **Prodělané operace:** | | | | | | | | | |
| **Absolutní kontraindikace MR, vyšetřovaný má:** | | | | | | | | | |
| Kardiostimulátor (srdeční elektrody) | | **ano** | | **ne** | Elektronické implantáty (kochleární, insulin. pumpa) | | | **ano** | **ne** |
| Cévní svorky MR nekompatibilní | | **ano** | | **ne** | Feromagnetické chlopenní náhrady | | | **ano** | **ne** |
| Cizí kovové těleso (v oku, intrakraniálně) | | **ano** | | **ne** | Těhotenství (1. trimestr) | | | **ano** | **ne** |
| **Relativní kontraindikace MR, vyšetřovaný má:** | | |  |  |  | | |  |  |
| Kovové implantáty (endoprotézy,…) | | **ano** | | **ne** | Naslouchadla | | | **ano** | **ne** |
| Stenty, žilní filtry | | **ano** | | **ne** | Piercing, tetování | | | **ano** | **ne** |
| **Orgán či oblast, která má být vyšetřena :** | | | | | | | | | |
| **Epikríza, osobní anamnéza a klinická otázka, kterou má vyšetření zodpovědět:** | | | | | | | | | |
| ***K MR vyšetření je vhodné doložit související obrazovou dokumentaci CT, MR apod. z předchozích vyšetření.*** | | | | | | | | | |
| ***Indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky. Žádanka s chybně uvedenými či neaktuálními informacemi o pacientovi bude důvodem k neprovedení MR. Hrozí vážné zdravotní poškození pacienta a poškození přístroje. Indikující lékař předá pacientovi tyto pokyny:*** *Pacient se dostaví 20 minut před časem vyšetření. Obvyklá doba vyšetření je do 45 minut. Čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti. Je nutné, aby pacient spolupracoval a dovedl setrvat v naprostém klidu. Před vyšetřením nejíst 4 hodiny, pít můžete malé množství neperlivé vody. Před vyšetřením břicha nepít 2 hodiny. Vyšetření dětí dle schopnosti spolupráce.*  *V případě nejasností prosím kontaktuje MR pracoviště na telefoním čísle 491601937, 605321158.* | | | | | | | | | |
| **Datum:** | | | **Razítko a podpis lékaře:** | | | | | | |

|  |
| --- |
| **POUČENÍ** |
| **Odesílajíci lékař je povinen poučit pacienta podle následujících pokynů:** |
| * Pacient se dostaví 15-20 minut před časem určeným při objednání k vyšetření. * Obvyklá doba vyšetření je 30-45 min. * Vyšetření je doprovázeno nadměrným hlukem přístroje, který je částečně eliminován sluchátky. * Je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu. * U klaustrofobických pacientů doporučujeme doprovod z důvodu možné nutnosti premedikace. * Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat cca od 5 let věku. Vyšetření v celkové anestezii se zatím neprovádí. * K vyšetření orgánů dutiny břišní a retroperitonea před vyšetřením nepoužívat látky akcentující střevní peristaltiku. * Pacient lační 4 hodiny před vyšetřením. U diabetiků dle domluvy. * U hospitalizovaných pacientů při předpokladu aplikace kontrastní látky je nutné zajistit periferní žilní kanylu – min. modrou. * U vyšetření hlavy nepoužívat lak na vlasy, make-up. |
| Pokud je pacient nositelem kovových předmětů, má renální insuficienci a předpokládá se podání kontrastní látky i.v. je nutné vyšetření s námi předem konzultovat! V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře i pacienta je možná telefonická konzultace přímo na pracovišti MR tel. 491601937, eventuelně 605321158. |
|  |
| **Poznámka:** Nosnost vyšetřovacího stolu činí cca **250 kg** , průměr vyšetřovacího tunelu je 70 cm |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOTAZNÍK K VYŠETŘENÍ MR**  (vyplní s klientem **indikující lékař** a kontroluje radiologický asistent nebo všeobecná sestra) | | | | |
|  | | | **Poznámka** | |
| Kardiostimulátor | Ano | Ne |  | |
| Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD) | Ano | Ne |  | |
| Kochleární implantát | Ano | Ne |  | |
| Neurostimulátor | Ano | Ne |  | |
| Inzulinová pumpa | Ano | Ne |  | |
| Chlopenní náhrady | Ano | Ne |  | |
| Nitroděložní tělíska | Ano | Ne |  | |
| Cévní svorky | Ano | Ne |  | |
| Embolizační spirály | Ano | Ne |  | |
| Kovové implantáty MR nekompatibilní | Ano | Ne |  | |
| Kovové střepiny, úlomky, cizí tělesa | Ano | Ne |  | |
| Venosní porty | Ano | Ne |  | |
| Tetování, permanentní make up | Ano | Ne |  | |
| Těhotenství | Ano | Ne |  | |
| Naslouchadlo | Ano | Ne |  | |
| Kontaktní čočky | Ano | Ne |  | |
| Zubní protézy / rovnátka / | Ano | Ne |  | |
| Piercing | Ano | Ne |  | |
| Renální insuficience | Ano | Ne |  | |
| Pokud ano | Akutní  Chronická | Vyjádření  nefrologa CKD… |  | |
| Alergie (na co?) | Ano | Ne |  | |
| Prodělal pacient operace (jaké) | Ano | Ne |  | |
| Jiné: | | |  | |
| **Indikující lékař je zodpovědný za správnost a pravdivost výše uvedených údajů.** | | | | |
| **Žádanka bez podpisu indikujícího lékaře je NEPLATNÁ!** | | | | |
|  | Podpis pacienta: | | |  |
| Datum: | Podpis indikujícího lékaře: |
|  |  |