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 | AkutníChronická | Vyjádřenínefrologa 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: |
|  |  |