

Žiadanka na vyšetrenie MR

(vyplniť strojom, PC dvojmo !)

Meno a priezvisko:		
Rodné číslo:	Poistovňa:	Štát (EÚ): Ident. číslo poistenca EÚ:
Bydlisko:	Kontakt (telefón/e-mail):	
Odosielajúce zdravotnícke zariadenie/lekár (meno, adresa zdrav. zariadenia, PSČ, event. oddelenie, telefón, klapka)		
Kód lekára:	Kód PZS:	
Požadovaný typ vyšetrenia:		
Klinická diagnóza:	štat. kód:	
Epikríza:		
Kontraindikáciou na vyšetrenie magneticou rezonanciou je implantovaný kardiostimulátor, ponechané elektródy po deplancácii kardiostimulátora, kovové protézy a implantáty, cudzie kovové telesá a 1. trimester tehotenstva.		
Anamnéza:		
Pacient má <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> polyvalentnú alergiu		
Pacient má <input type="checkbox"/> nemá <input type="checkbox"/> obličkové zlyhávanie CHRI št. IV a V		
Ak je predpoklad podania kontrastnej látky u pacientov s podozrením na ochorenie obličiek, diabetikov a u pacientov starších ako 50 rokov uveďte hodnotu kreatinínu		
V prípade nejasností, kontaktujte personál MR pracoviska na telefónnom čísle: 034 6969 388		
Pacient objednaný na : deň:		hod.:
Bol už pacient na MR vyšetrení (kedy a kde)?		
Požadovaná dokumentácia: CD <input type="checkbox"/>		
Indikujúci lekár svojím podpisom potvrdzuje, že pacient nemá žiadne kontraindikácie na MR vyšetrenie.		
Dátum:.....	pečiatka a podpis primára indik. odd.	pečiatka a podpis indik. lekára
Upozornenie: Je vhodné dostaviť sa na vyšetrenie s časovou rezervou 10 min. z dôvodu poučenia pacienta. Doporučujeme pred vyšetrením 4 hodiny nejesť. Pacientom prijatým na oddelenie, u ktorých je predpoklad podania kontrastnej látky, zaistiť venóznym prístupom.		

Dotazník pre pacienta pred MR vyšetrením

/správnu možnosť označte krížikom/

Absolvovali ste v minulosti MR vyšetrenie? Áno Nie

Ak áno, uveďte nasledovné:

- čo ste mali vyšetrené

- kedy bolo vyšetrenie vykonané

- na ktorom pracovisku

Máte alebo ste niekedy mali implantovaný kardiostimulátor alebo defibrilátor? Áno Nie

Boli ste v minulosti operovaný? Áno Nie

Ak áno, uveďte o akú operáciu išlo

Mali ste v minulosti úraz, pri ktorom sa Vám do tela mohli dostať kovové predmety? Áno Nie

Liečite sa s renálnou insuficienciou (obličkovým zlyhávaním)? Áno Nie

Máte alergiu? Áno Nie

Ak áno, uveďte na čo

Mali ste alebo máte klaustrofóbiu (strach z uzavretých priestorov)? Áno Nie

pre pacientky - Ste tehotná ? Áno Nie

Ak ste tehotná, v ktorom týždni tehotenstva ste?

Potvrdenie pravdivosti údajov

Svojím podpisom potvrdzujem, že som pravdivo odpovedal(a) na uvedené otázky, pri poskytnutí údajov som nezatajil(a) žiadne ochorenia alebo iné dôvody, ktoré by mohli byť prekážkou k MR vyšetreniu.

V Skalici, dňa:

.....
podpis pacienta ev. zákonného zástupcu

Potvrdenie o kontrole informácií

Pred vyšetrením bol pacient v osobnom rozhovore dotazovaný o možných kontraindikáciach k MR vyšetreniu v súlade s poučením a informovaným súhlasom. Žiadne významné skutočnosti neboli zistené.

.....
podpis rádiologického technika

.....
podpis lekára