



ŽÁDANKA NA MR VYŠETŘENÍ

Vyplněnou žádanku odešlete na: **zadanky@ptc.cz** a obratem Vám sdělíme termín vyšetření.
Originál s razítkem a podpisem lékaře donese klient s sebou na vyšetření.

Datum objednání:

Hodina:

Vyplní odesílající lékař:

Příjmení a jméno pacienta:		Alergie:	
Rodné číslo:		Projevy alergie:	
Adresa:		DM: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Kontaktní telefon:			
Pojišťovna:	Základní dg.:	Kód dg.:	Těhotenství: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Výška:	Váha:	Imobilita: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
Odesílající lékař:		Odesílající zdravotnické zařízení:	
Kontaktní telefon:		IČZ odesílajícího:	

Požadovaný typ vyšetření:

Spěchá: ANO NE

Orgán či oblast, která má být vyšetřena:

- Mozek
- Hypofýza
- Pyramidy a mostomozečkový kout
- Orbity
- C páteř
- Th páteř
- LS páteř
- Kolenní kloub
- Ramenní kloub
- Jiný kloub

Břicho (bližší specifikace):

- MR angiografie intrakraniálních tepen
- MR angiografie karotid
- MR angiografie dolních končetin



Sdělení pro lékaře:

Hodnoty:

Kreatinin:

Urea:

Očekávaný přínos vyšetření:

Výsledky předchozích CT, MR, RTG vyšetření:

K vyšetření je vhodné zajistit předchozí obrazovou dokumentaci, výsledky je možné zaslat přes PACS nebo na CD.

Kontraindikace vyšetření (prosíme o vyplnění):

Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:

Kardiostimulátor	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Cévní svorky	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Kovové implantáty	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Kovové střepiny, úlomky, cizí tělesa	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Cizí kovové těleso v oku či očníci	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Chlopenní náhrady	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Nitroděložní tělíska	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne

Jiné případné kontraindikace:

Těhotenství – I.trimestr	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Tetování	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Alergie (jaké)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Naslouchadla	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Kontaktní čočky	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Piercing	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Operace (jaké)	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne

Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor (bez potvrzení o MR kompatibilitě), implantovaný defibrilátor, kochleární implantát, některé chlopenní náhrady, svorky na intrakraniálních aneurysmatech, I. trimestr těhotenství.

Potvrzují, že pacient nemá žádnou z uvedených absolutních kontraindikací.

Odesílající indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:

- Pacient se dostaví cca. 20 minut před časem vyšetření. Obvyklá doba vyšetření je cca. 30-45 minut. Je nutné, aby pacient spolupracoval a dovedl setrvat v naprostém klidu.
- Před vyšetřením nejíst 4 hodiny. Pít můžete malé množství neperlivé vody.
- Vyšetření dětí dle schopnosti spolupracovat, možné od cca. 4 let věku, možnost celkové anestezie.

Razítko, jmenovka a podpis lékaře:

Datum: