



# Žádanka na MR vyšetření

Rehabilitační nemocnice Beroun

Prof. Veselého 493, 266 56 Beroun

Telefon: 311 745 200, 311 745 201, e-mail: mr@nember.cz

Objednání: den

hodina

## ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ !

<b>Pacient</b> Jméno: Příjmení: Adresa:	<b>Odesílající zařízení</b> (event. čitelné razítko), kam bude nález zaslán:
Rodné číslo:	Váha:
Telefon pacienta (mobil) pro případ nutnosti přeobjednání:	
Pojišťovna:	Jméno indikujícího lékaře: IČZ: telefon (mobil):
Odesílající diagnóza slovy:	
Odesílající diagnóza číslem:	
Alergické projevy v anamnéze:	
<b>Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:</b>	
kardiostimulátor (elektrody)	ano ne cizí kovové těleso v oku ano ne
cévní svorky	ano ne <b>Jiné případné kontraindikace:</b>
kovové implantáty (endoprotézy apod.)	ano ne tetování ano ne
kovové střeptiny, úlomky, cizí tělesa	ano ne těhotenství I. trimestru ano ne
chloupenní náhrady	ano ne alergie (jaké) ano ne
nitroděložní tělíka (IUD)	ano ne naslouchadla ano ne
<b>Pacient prodělal:</b>	kontaktní čočky ano ne
jiné operace	ano ne piercing ano ne
<b>Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, některé chloupenní náhrady, cévní svorky z feromagnetických materiálů, první trimestr těhotenství. Potvrzují, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.</b>	
<b>Orgán či oblast, která má být vyšetřena, (prosím, zaškrtněte):</b>	
mozek	epigastrium
orbity	pánev
hypofýza	prsa
C páteř	MR angiografie intrakraniálních tepen
TH páteř	MR angiografie mozku venózní
LS páteř	MR angiografie karotid
kolenní kloub	MR angiografie tepen dolních končetin
ramenní kloub	MR angiografie renálních tepen
jiné klouby - vypsát	
<b>Při požadavku na jiná vyšetření prosíme o osobní nebo telefonickou domluvu.</b>	

Stručná epikrisa:
Problém, který má MR vyřešit:
<b>Výsledky předchozích vyšetření: (CT, sono, rtg, laboratorní testy, předchozí operační zákroky atd.)</b>
<b>Nutnost zaslání obrazové dokumentace předchozích CT, ev. MR vyšetření s pacientem.</b>
Nález žádáme zaslat: na výše uvedenou adresu poštou: faxem, pouze na číslo zdravotnického zařízení:
<b>Obrazovou dokumentaci z vyšetření zapůjčujeme na písemné či telefonické vyžádání zdravotnického zařízení.</b>
<b>Odesílající/ indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:</b> pacient se dostaví 20 minut před časem, určeným při objednání k vyšetření. Obvyklá doba vyšetření je 30 - 45 minut. Je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu.  U vyšetření břicha pacient nepije a nejí alespoň 2 hodiny před vyšetřením.  Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat cca od 4 let věku.  U hospitalizovaných pacientů je výhodou zavedená i.v. kanyla, která urychlí průběh vyšetření.  <b>V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře či pacienta, se prosím, telefonicky obraťte se svými dotazy na telefonní čísla uvedená v záhlaví.</b>  <b>Nevyšetřujeme pacienty, kteří nejsou schopni sami dýchat.</b>

Datum:

Razítko a podpis lékaře: