

Pracoviště MR.:

Pro Diagnostika Praha – Libeň +420 234 770 640 WWW.PRODIAGNOSTIKA.CZ
--

Pacient:

Titul, Jméno, Příjmení		Rodné číslo	
Bydliště (ulice, číslo, PSČ, město)			
Kontakt (Telefon, e-mail)		Kód ZP	
Tělesná váha		Výška	

Lékař:

Titul, jméno, příjmení		Odbornost	
Adresa zdravotnického zařízení			
Kontakt: (Telefon, e-mail)		IČP	

Absolutní kontraindikací provedení MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, inzulinová pumpa, kochleární implantát a kovová střešina v oku! Dále Vás žádáme uvést ostatní kovové implantáty a cizí tělesa, jako např. umělé srdeční chlopně, cévní svorky, kloubní náhrady aj., a potvrdit jejich kompatibilitu s MR přístrojem o indukci 3T (viz níže). Relativní kontraindikací může být i klaustrofobie, gravidita, neklid apod.

MR vyšetření:

Předchozí MR vyšetření: (kde, kdy, vyš. oblast)			
Termín vyšetření:		Termín oznámit:	<input type="checkbox"/> LÉKAŘI <input type="checkbox"/> PACIENTOVI
Uvést cizí tělesa , implantáty a kompatibilitu s MR přístrojem o indukci 3T (písemné vyjádření o kompatibilitě):			
Hodnota sérového kreatininu v $\mu\text{mol/l}$			
Alergická anamnéza uvést alergen a typ reakce			

Specifikace MR vyšetření:

Vyšetřovaná oblast / orgán:	
Užší otázka:	
Epikryza: (onemocnění, operace, výsledky předchozích zobrazovacích vyšetření – obrazová dokumentace MR, CT, US, PET)	
Číselný kód diagnózy:	

Žádanku prosíme vypsát ve dvou vyhotoveních:

Datum vystavení žádanky:	
Razítko a podpis odesílajícího lékaře:	