

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Průvodní list k vyšetření MAGNETICKOU REZONANCÍ** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 střepina 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: | □ LÉKAŘI | □ PACIENTOVI |
| **Uvést cizí tělesa**, implantáty a kompatibilitu s MR přístrojem o indukci 3T (písemné vyjádření o kompatibilitě):  |  |
| **Hodnota sérového kreatininu** v µmol/l  |  |
| **Alergická anamnéza** uvést alergen a typ reakce |  |

|  |
| --- |
| **Specifikace MR vyšetření:** |
| **Vyšetřovaná oblast / orgán:** |  |
| **Užší otázka:** |  |
| **Epikríza:** (onemocnění, operace, výsledky předchozích zobrazovacích vyšetření – **obrazová dokumentace** **MR, CT, US, PET**  |
|  |
| Číselný kód diagnózy: |  |

**Žádanku prosíme vypsat ve dvou vyhotoveních:**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum vystavení žádanky:  |  |
| Razítko a podpis odesílajícího lékaře: |  |