

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pracoviště MR.: | | |  |
|  | Pro Diagnostika Praha – Libeň [+420 234 770 640](tel:+420%20234%20770%20640) 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: |  |