

ŽÁDANKA K VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

| | |
|-----------------------|--|
| Jméno a příjmení: | |
| Rodné číslo: | Razítko a podpis odesílajícího lékaře, IČZ |
| Zdr. pojišťovna: | |
| Váha: | |
| Číselný kód diagnózy: | |

Požadované vyšetření:

Základní klinická diagnóza a stručná epikrisa:

Pokud je pacient nositelem níže uvedených předmětů, uveďte jejich podrobný popis
 (správnou odpověď zakroužkujte)

| Objekt | | | Materiál, MR kompatibilita | Datum implantace |
|--|-----|----|----------------------------|------------------|
| Implantovaný kardiostimulátor, defibrilátor, ponechané elektrody | ANO | NE | | |
| Aneuryzmatická cévní svorka | ANO | NE | | |
| Kovové implantáty (endoprotézy, stenty...) | ANO | NE | | |
| Elektronické, mechanické implantáty | ANO | NE | | |
| Kovové střeptiny, úlomky, cizí tělesa | ANO | NE | | |
| Chlopenní náhrady | ANO | NE | | |
| Kovová tělesa intrakraniálně a intraorbitálně | ANO | NE | | |

Absolutní kontraindikací MR vyšetření jsou:

- Implantovaný kardiostimulátor či defibrilátor (ICD), ponechané elektrody
- Aneuryzmatická cévní svorka bez písemně doložené MR kompatibility
- Elektronický implantát (kochleární, inzulinový...) bez písemně doložené MR kompatibility
- Kovová tělesa z jiného než prokazatelně nemagnetického materiálu intrakraniálně a intraorbitálně

Doplňující informace (správnou odpověď zakroužkujte):

Gravidita ano / ne – týden

Alergie ano / ne – typ

S řádně a kompletně vyplněnou žádankou **zajistěte prosím i dostupnou obrazovou dokumentaci** (CD, PACS) a **kopie nálezů** předchozích vyšetření vztahujících se ke klinické otázce (CT, MR, SONO, RDG, operační zákroky, laboratorní testy).

ZA SPRÁVNOST ÚDAJŮ PLNĚ ODPOVÍDÁ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ. NEÚPLNĚ VYPLNĚNÁ ŽÁDANKA NEBUDE AKCEPTOVÁNA.

Datum: