

Žádanka na MR vyšetření

Karvinská hornická nemocnice a.s.
Zakladatelská 975/22, 735 06 Karviná – Nové Město
telefon pro objednání MR vyšetření **596 380 450**

Datum objednání:	hodina:
-------------------------	----------------

Čitelně vyplní indikující lékař

Příjmení a jméno pacienta:		Odesílající zařízení (event. čitelné razítko), kam bude nález zaslán:	
Rodné číslo:			
Pojišťovna:			
Adresa:		IČZ odesílajícího:	
		Jméno indikujícího lékaře:	
Telefon (mobil) pacienta pro případ nutnosti přejednání:		Telefon (mobil) indikujícího lékaře:	
Kód diagnózy:	Diagnóza slovy:	Váha pacienta:	
Alergické projevy v anamnéze:			
Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:		Jiné případné kontraindikace:	
kardiostimulátor (elektrody)	ano ne	těhotenství- I. trimestr	ano ne
cévní svorky	ano ne	tetování	ano ne
kovové implantáty (endoprotézy apod.)	ano ne	alergie (jaké)	ano ne
kovové střeptiny, úlomky, cizí tělesa	ano ne	naslouchadla	ano ne
cizí kovové těleso v oku	ano ne	kontaktní čočky	ano ne
chlopenní náhrady	ano ne	piercing	ano ne
nitroděložní tělíka (IUD)	ano ne	jiné operace (jaké)	ano ne
<p>Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, některé chlopenní náhrady, svorky na intrakraniálních aneuryzmatech, první trimestr těhotenství. Potvrzují, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.</p>			
Orgán či oblast, která má být vyšetřena (prosím zaškrtněte, event. specifikujte):			
Mozek <input type="checkbox"/>		Břícho – specifikujte <input type="checkbox"/>	
Hypofýza <input type="checkbox"/>			
Pyramidy <input type="checkbox"/>			
Orbity <input type="checkbox"/>			
C páteř <input type="checkbox"/>			
Th páteře <input type="checkbox"/>			
LS páteř <input type="checkbox"/>		MR angiografie intrakraniálních tepen <input type="checkbox"/>	
Kolenní kloub <input type="checkbox"/>		MR angiografie karotid <input type="checkbox"/>	
Ramenní kloub <input type="checkbox"/>		MR angiografie dolních končetin <input type="checkbox"/>	
Jiný kloub (jaký) <input type="checkbox"/>			
Při požadavku na jiná vyšetření prosíme o osobní nebo telefonickou domluvu.			

Stručná epikríza:
Problém, který má MR vyšetření vyřešit:
Výsledky předchozích vyšetření – MR, CT, RTG, laboratoř, operační zákroky atd.:
Výsledky zaslat <input type="checkbox"/> kurýrem/sanitou <input type="checkbox"/> poštou <input type="checkbox"/> pacient vyzvedne osobně
Odesílající /indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů: <p>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.</p> <p>U vyšetření břicha pacient nepije alespoň 2 hodiny před vyšetřením.</p> <p>Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat cca od 4 let věku, mladší po domluvě s lékařem, event. i v celkové anestezii.</p> <p>U hospitalizovaných pacientů je výhodou zavedená i.v. kanyla, která urychlí průběh vyšetření</p> <p>V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře či pacienta se prosím telefonicky obraťte se svými dotazy na telefonní číslo uvedené v záhlaví.</p>

Datum:

Razítko a podpis odesílajícího lékaře: