

# Žádanka na MR vyšetření - magnetická rezonance

(DC Mediscan - Chodov)

Objednávky na MR vyšetření - tel. 267090854 ve všední dny od 8 do 18 hodin.

Šustova 1930, 14800 Praha 11 - Chodov tel.: 267090811-14 fax.: 267090822 e-mail: mediscan@mediscan.cz  
MHD - stanice metra "C" Chodov, výstup z vestibulu značen Poliklinika, 5 min. chůze po žlutém směrem podlouhým.

<b>Objednání:</b>	<b>den</b>	<b>hodina</b>
-------------------	------------	---------------

## ITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ

<b>Pacient:</b> Jméno: Příjmení:	<b>Odesílající za účelem</b> (eventuelně itelné razítko), kam bude nález zaslán:
--	---

<b>Rodné číslo:</b>	<b>Fax:</b> má-li být tak nález zaslán
---------------------	---

<b>Telefon pacienta /mobilní/, pro případ nutnosti pro objednání:</b>	<b>IČO:</b> <b>Odbornost:</b>
---	----------------------------------

<b>Pojištná:</b>	<b>Jméno indikujícího lékaře:</b>
------------------	-----------------------------------

<b>Adresa pacienta:</b>	<b>IČZ:</b>
-------------------------	-------------

<b>Odesílající diagnóza číslem:</b>	<b>telefon /mobil/:</b>
-------------------------------------	-------------------------

**Odesílající diagnóza slovy:**

**Alergické projevy v anamnéze:**

<b>Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta: Prosím zaškrtněte!!!</b>	chirurgický materiál (kloubní náhrady, svorky, stenty, chlopení náhrady apod.) - <b>uvést od kdy a zda se jedná o materiál kompatibilní s MR:</b>
<b>ANO</b>	
<b>NE</b>	cizí těleso (stěpiny, kovové špony, broky atd.)

### Bez předchozích vyšetření kontraindikací nebude pacient vyšetřen.

**Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, nebo které chlopení náhrady, svorky z feromagnetických materiálů, I. trimestr těhotenství.**

Potvrzuji, že u pacienta se nevyskytuje žádná z výše uvedených kontraindikací.

**Orgán a oblast, která má být vyšetřena (prosíme, výrazně označte každé požadované vyšetření a parafráze):**

mozek	krk ORL (VDN)	ledviny	klouby a části končetin
orbity	hrudník /stena/	nadledviny	/blíže specifikovat/
hypofýza	hrudník /mediastinum/	retroperitoneum	
C páteř	játra a slezina	pánev	
TH páteř	pankreas	malá pánev /urogenitál/	
LS páteř		scrotum	

MR AG mozkových tepen intrakraniální studie	MR AG renálních tepen
MR AG mozkových tepen extrakraniální studie	MR urografie
MR AG hrudní aorty	MR cholangiografie
MR AG břišní aorty	

**Stručná epikrise:**

**Problém, který má MR vyšetřit:**

**Výsledky předchozích vyšetření /CT, sono, rtg, laboratorní testy, předchozí operace a zákroky atd./:**

**Žádáme nález zaslat na výše uvedenou adresu /fax. číslo/:**      poštou      faxem      **MISÍ**  
nález vyzvedne pacient osobně

**Žádáme o obrazovou dokumentaci:**      zapůjčení snímku na CD      vyzvedne pacient osobně  
(vyberte jen jednu variantu)  
zaslání snímku na PACS ➡ kam:

**Odesílající /indikující/ lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:**

Pacient se dostaví 15 minut před vyšetřením. Doba vyšetření se pohybuje v rozmezí cca 20 až 40 minut. Je nutné, aby během vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu. U klaustrofobických pacientů dle míry klaustrofobie doporučíme doprovod a eventuálně premedikaci.

Dítě lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat cca od 4 let věku.

Před vyšetřením orgánů dutiny břišní a retroperitonea před vyšetřením nepožívat látky prohlubující střevní peristaltiku. Pacient laň 2 hodiny před vyšetřením.

U hospitalizovaných pacientů je s výhodou zavedená i.v. kanyla, která urychlí průběh vyšetření.

**V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře i pacienta se prosím telefonicky obraťte na MR pracoviště DC Mediscan tel. 267090853-4**

Poznámka: Nosnost vyšetřovacího stolu činí cca 150kg. Pro MRI vyšetřovacího tunelu je 60cm. Vzhledem k ambulantnímu charakteru zařízení neprovádíme vyšetření v celkové anestezii.

**Datum:**

**Razítko a podpis lékaře:**

.....