

## ŽÁDANKA NA MR VYŠETŘENÍ

 Vyplněnou žádanku odešlete na: [zadanky@ptc.cz](mailto:zadanky@ptc.cz) a obratem Vám sdělíme termín vyšetření.

Originál s razítkem a podpisem lékaře donese klient s sebou na vyšetření.

**Datum objednání:**
**Hodina:**

### Vyplní odesílající lékař:

<b>Příjmení a jméno pacienta</b>		<b>Rodné číslo</b>	<b>Telefon</b>	<b>Adresa</b>		
<b>Kód dg.</b>	<b>Základní dg.</b>	<b>Pojišťovna</b>	<b>DM</b> Ano / Ne	<b>Výška</b>	<b>Váha</b>	<b>Imobilita</b> Ano / Ne
<b>IČZ odesílajícího</b>				<b>Spěchá – Ano / Ne</b>		
<b>Orgán či oblast, která má být vyšetřena</b>						
<input type="checkbox"/> Mozek	<input type="checkbox"/> Hypofýza	<input type="checkbox"/> Pyramidy a mostomozečkový kout	<input type="checkbox"/> Orbity	<input type="checkbox"/> C páteř	<input type="checkbox"/> Th páteř	<input type="checkbox"/> LS páteř
<input type="checkbox"/> Kolenní kloub	<input type="checkbox"/> Ramenní kloub	<input type="checkbox"/> Kyčelní kloub	<input type="checkbox"/> Hlezenní kloub	<input type="checkbox"/> Zápěstí	<input type="checkbox"/> Jiný kloub - bližší specifikace:	
<input type="checkbox"/> MR prsu	<input type="checkbox"/> MR pánve	<input type="checkbox"/> MR angiografie intrakraniálních tepen	<input type="checkbox"/> MR angiografie karotid	<input type="checkbox"/> MR břicha - bližší specifikace:		
<b>Sdělení pro lékaře</b>						
<b>Hodnoty</b>			<b>Kreatinin</b>	<b>Urea</b>		
<b>Očekávaný přínos vyšetření</b>			<b>Výsledky přechozích CT, MR, RTG vyšetření</b>			

**K vyšetření je vhodné zajistit předchozí obrazovou dokumentaci, výsledky je možné zaslat přes PACS nebo na CD.**
**KONTRAINDIKACE VYŠETŘENÍ (prosíme o vyplnění):**
**Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:**

 Kardiostimulátor - Ano / Ne  
 Cévní svorky - Ano / Ne  
 Kovové implantáty - Ano / Ne  
 Kovové střeptiny, úlomky, cizí tělesa - Ano / Ne  
 Cizí kovové těleso v oku či očnici - Ano / Ne  
 Chlopenní náhrady - Ano / Ne  
 Nitroděložní tělísko - Ano / Ne

**Jiné případné kontraindikace:**

 Těhotenství – I. trimestr - Ano / Ne  
 Tetování - Ano / Ne  
 Naslouchadla - Ano / Ne  
 Kontaktní čočky - Ano / Ne  
 Piercing - Ano / Ne

**Další informace:**

 Alergie (jaké) - Ano / Ne  
 Operace (jaké) - Ano / Ne  
 Port - Ano / Ne

**Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor (bez potvrzení o MR kompatibilitě), implantovaný defibrilátor, kochleární implantát, některé chlopenní náhrady, svorky na intrakraniálních aneurysmatech, I. trimestr těhotenství.**
**Potvrzuji, že pacient nemá žádnou z uvedených absolutních kontraindikací.**
**Odesílající indikující lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:**

- Pacient se dostaví cca 20 minut před časem vyšetření. Obvyklá doba vyšetření je cca. 30-45 minut. Je nutné, aby pacient spolupracovat a dovedl setrvat v naprostém klidu.
- Vyšetření dětí dle schopnosti spolupracovat, možné od cca 4 let věku, možnost celkové anestezie.

**Razítko a podpis odesílajícího lékaře:**
**Datum:**