

Radiodiagnostické oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
U Nemocnice 380/III, 37701 Jindřichův Hradec
Tel. objednání na MR – 384 376 715, objednací doba 7.30-14.30

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Termín objednání - datum: _____ hodina: _____
(Čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti.)

Příjmení, jméno:		Pojišťovna:	
Rodné číslo:		Číselný kód dg.:	
Adresa:		Dg. slovy:	
Telefon:		Váha (kg):	
Oblast, orgán vyšetření:			
Epikríza:			
Klinická otázka:			

Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:

Kardiostimulátor, defibrilátor	ano - ne	Chlopenní náhrady	ano – ne
Kochleární implantát	ano - ne	Kovové střepiny	ano – ne
Cévní svorky, ponechané elektrody	ano - ne	Cizí kovové těleso v oku	ano – ne
Kovové implantáty (endoprotézy apod.)	ano - ne	Jiný kovový materiál	ano – ne

Jiné případné kontraindikace:

Tetování	ano - ne	Klaustrofobie	ano – ne
Trvalý make up	ano – ne	Alergie v anamnéze – jaká	ano – ne
Naslouchadla	ano – ne	Renální insuficience	ano – ne
Piercing	ano – ne	Těhotenství – uveďte měsíc ke dni vyšetření na MR	
Fixní ortodontický materiál	ano – ne		ano – ne

V případě přítomnosti jakéhokoliv implantátu je NUTNÉ zde do poznámky uvést přibližné datum operace a skutečnost, zda je daný implantát MR kompatibilní. Též při přítomnosti ostatního kovového materiálu (střepiny..) je nutné blíže specifikovat jeho povahu a uložení. Bez těchto údajů bude žádanka vrácena indikujícímu lékaři.

Je potřeba celkové anestezie při vyšetření? ano – ne

Prosíme půjčit předchozí obrazovou dokumentaci a písemné výsledky (CT, UZ, RTG, laboratorní výsledky, předchozí operační zákroky..).

Součástí žádanky jsou poučení a stručné informace, uvedené na druhé straně žádanky.

Indikující lékař, zdravotnické zařízení, adresa:

Razítko odesílajícího lékaře a podpis:

Odbornost, IČZ:

Telefon:

