



Nemocnice Tábor, a.s.
Radiodiagnostické oddělení
Kpt. Jaroše 2000
390 03 Tábor
Tel. – **objednání: 381 607 201**
Tel. – konzultace: 381 607 271
www.nemta.cz



ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Termín objednání – datum: hodina: Čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti.

!NA VYŠETŘENÍ SE DOSTAVTE 15 MINUT PŘED ČASEM OBJEDNÁNÍ!

ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ!

Příjmení, jméno:		Pojišťovna:	
Rodné číslo:		Výška:	
Adresa:		Váha:	
Telefon:		Číselný kód dg.:	
Alergie v anamnéze:		Dg. slovy:	

Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:

Kardiostimulátor (elektrody)	ano	ne	Kovové střeptiny, úlomky, cizí tělesa	ano	ne
Kochleární implantát	ano	ne	Chlopenní náhrady	ano	ne
Cévní svorky	ano	ne	Nitroděložní tělíška (IUD)	ano	ne
Kovové implantáty (endoprotézy apod.)	ano	ne	Cizí kovové těleso v oku	ano	ne

Jiné případné kontraindikace:

Těhotenství v I. trimestru	ano	ne	Kontaktní čočky	ano	ne
Tetování	ano	ne	Piercing	ano	ne
Trvalý make up	ano	ne	Alergie	ano	ne
Naslouchadla	ano	ne	Pacient prodělal jiné operace	ano	ne

Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, kochleární implantát, některé chlopenní náhrady, cévní svorky z feromagnetických materiálů, první trimestr těhotenství, střeptina v oku.

Orgán či oblast, která má být vyšetřena (prosíme, zaškrtněte a potvrďte výběr razítkem lékaře a podpisem):

Mozek	Ledviny, nadledviny
Orbity	Pánev
Hypofýza	Prostata
C páteř	Břicho
Th páteř	MR enterografie
Ls páteř	MR angiografie intrakraniálních tepen
Kolenní kloub	MR angiografie mozku venózní
Ramenní kloub	MR angiografie karotid
Jiný kloub – vypsát	MR angiografie tepen dolních končetin
Játra, pankreas	MR angiografie renálních tepen
MRCP	Jiné – vypsát

Epikrise:

Problém, který má MR pomoci odhalit:

Výsledky předchozích vyšetření: (CT, sonografie, RTG, laboratorní testy, předchozí operační zákroky atd.):

Nutnost zaslání obrazové dokumentace předchozích CT, ev. MR vyšetření s pacientem.

Obrazovou dokumentaci z vyšetření zapůjčujeme na písemné či telefonické vyžádání zdravotnického zařízení (pouze v digitální formě ve formátu DICOM).

Žádám o poskytnutí obrazové dokumentace z MR vyšetření: ano ☐ ne ☐

Způsob poskytnutí obrazové dokumentace z MR vyšetření: **Dr. Sejf** **e-PACS (zaslat kam):**

Indikující (odesílající) lékař je zodpovědný za řádné vyplnění žádanky a poučení pacienta dle následujících pokynů:

Pacient se dostaví na MR vyšetření **15 minut** před časem na který je objedнан. Obvyklá doba vyšetření je **30–45** minut.

Na MR enterografii se pacient dostaví 1 hodinu před časem na který je objedнан.

Čas objednání je orientační, přednost mají akutní pacienti.

Je nutné, aby během celého vyšetření pacient spolupracoval a setrval v naprostém klidu.

U vyšetření břicha a pánve pacient nepije a nejí alespoň 2 hodiny před vyšetřením.

Děti lze vyšetřovat dle schopnosti spolupracovat (cca. od 4 let věku).

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

V případě jakýchkoli nejasností ze strany lékaře či pacienta se prosím obraťte se svými dotazy na telefonní čísla uvedená v záhlaví.

Nevyšetřujeme pacienty, kteří nejsou schopni sami dýchat!

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

Indikující lékař, zdravotnické zařízení, adresa:

Razítko zařízení a podpis lékaře:

Odbornost:

IČZ:

Telefon:

Bez řádně vyplněné a orazítkované žádanky, nebude pacient vyšetřen. Děkujeme za pochopení.