

Fakultná nemocnica Trnava, A. Žarnova 11, 917 75 Trnava

Kontakt na objednanie MR vyšetrenia: 033 5938 959

Rádiologická klinika - Žiadanka na MR vyšetrenie

Odosielajúci lekár:	Kód lekára:	Kód PZS:
Adresa zdr.zariadenia/oddelenie, kontakt:		
Pacient: Meno:	Priezvisko	
Bydlisko:	Rodné číslo:	
Kontakt (tel.číslo, e-mail)	Poistovňa:	
Dátum a čas vyšetrenia:		
Diagnóza slovom a číslom (MKCH)		
Ktorá oblasť má byť vyšetrená:		
Epikríza (ochorenia, operácie, výsledky predchádzajúcich zobraz.vyšetrovaní - obrazová dokumentácia MR, CT, USG, PET, histol.nálezy):		
Klinická otázka:		
Predchádzajúce MR vyšetrenie (pracovisko, dátum, orgán vyšetrenia): K vyšetreniu žiadame zapožičanie kompletnej obrazovej dokumentácie a chorobopis!		
Laboratórne hodnoty:	Urea v sére:	Kreatinín v sére
Alergická anamnéza (v prípade pozitivity záznam o vykonaní antialergickej prípravy podľa smerníc, uviesť alergén, typ reakcie):		
Prítomnosť kovových implantátov:		
V prípade, že má pacient implantovaný kardiostimulátor, je MR vyšetrenie možné realizovať až po konzultácii s kardiológom a s jeho písomným stanoviskom. Absolutná kontraindikácia MR vyšetrenia je inzulínová pumpa! V prípade, že má pacient umelé srdcové chlopne, kovové implantáty, cudzie telesá, cievne svorky - prosíme doložiť písomné potvrdenie o ich kompatibilitě s 1,5T MR prístrojom z pracoviska, kde boli implantované. Graviditu a klaustrofóbiu je potrebné nahlásiť pred MR vyšetrením.		
Požaduje sa CD <input type="checkbox"/>	Výsledok vyš.vydat':	Lekárovi Pacientovi
Žiadanku prosíme vypísať v dvoch vyhotoveniach.		
Dátum: Pečiatka a podpis indikujúceho lekára	