

**KLINIKa dětské radiologie**

Pracoviště dětské medicíny

Černopolní 9, 613 00 Brno

**RADIOLOGIcKÁ KLINIKA**

PRACOVIŠTĚ MEDICÍNY DOSPĚLÉHO VĚKU

Jihlavská 20, 625 00 Brno

**Žádanka NA vyšetření magnetickou rezonancí**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Pacient** |
| Příjmení a jméno: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |
| Adresa: |  |
| Telefon (mobil): |  |
| Hmotnost pacienta: |  |
| Číslo DG (MKN): |  |
| Diagnóza slovy: |       |
| **Oblast, orgán vyšetření:** |       |
| Epikríza: |       |
| Klinická otázka: |       |
| **Poučení** |
| **Odesílající lékař je povinen poučit pacienta podle následujících pokynů:** |
| * Pacient se dostaví k vyšetření 15 min. před časem určeným při objednání.
* Obvyklá doba vyšetření je 20-45 min.
* Vyšetření je doprovázeno nadměrným hlukem přístroje, který je eliminován sluchátky, nebo chrániči sluchu.
* Pro vyšetření je nezbytné, aby pacient setrval v naprostém klidu a byl schopný spolupráce.
* Děti lze vyšetřovat, podle schopnosti spolupráce, asi od 5 let věku. Mladší a nespolupracující děti se vyšetřují v narkóze.
* Začátek vyšetření se může zpozdit v případě nenadálé nutnosti předřazení akutního vyšetření.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pacient je nositelem, má implantovaný:** |  |  | **Poznámka** (MR kompatibilita, doba operace, implantace atd.) |
| Kardiostimulátor | ano | ne |  |
| Defribrilátor | ano | ne |  |
| Ponechané elektrody (po implantaci např. PM) | ano | ne |  |
| Elektronické implantáty (kochleární, inzulinová pumpa..) | ano | ne |  |
| Aneuryzmatické cévní svorky | ano | ne |  |
| Kovová cizí tělesa intraorbitálně, intrakraniálně | ano | ne |  |
| Kovový osteosyntetický materiál, TEP | ano | ne |  |
| Jiný kovový materiál | ano | ne |  |
| Renální insuficience | ano | ne | Hodnota GFR : |
| Fixní ortodontický aparát |  |  | Nutné konzultovat ortodontistu a sejmout odlučitelné části, vydat prohlášení o správné fixaci aparátu a předpokladu bezproblémové MR vyšetření |
| Pacientka je gravidní | ano | ne |  |
|  |  |  |  |

**V případě přítomnosti jakéhokoliv implantátu je NUTNÉ 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. Bez těchto údajů bude žádanka vrácena indikujícímu lékaři.** |
| **K řádně vyplněné žádance je nutno přiložit vyplněný a podepsaný dotazník.****V případě jakýchkoliv nejasností nás kontaktujte ve všední dny od 7:30 do 15:30 na čísle 532 233 548.** | **Razítko odesílajícího lékaře a podpis:** |
|  |  |

**2-293/13/1**