

**KLINIKA RADIOLOGIE A NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY**

Prof. MUDr. Vlastimil Válek, CSc., MBA  
přednosta

Tel: 532 233 007

FAX: 532 233 699

**FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO**

Jihlavská 20, 625 00 Brno

tel: 532 231 111

IČO: 652 697 05, DIČ: CZ65269705

Bankovní spojení: 71234621/0100

www.fnbrno.cz

**Žádanka NA vyšetření PET/MR - pozitronovou emisní tomografií s magnetickou rezonancí**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pacient** | | |
| **P****říjmení a jméno:** |  | |
| Rodné číslo: |  | |
| Zdravotní pojišťovna: |  | |
| Adresa: |  | |
| Telefon (mobil): |  | |
| **Hmotnost a výška pacienta (důležité):** |  | |
|  |  | |
| Číslo DG (MKN): |  | |
| Diagnóza slovy: |  | |
| **Oblast, orgán vyšetření:** |  | |
| Epikríza: |  | |
| Klinická otázka: |  | |
| Alergie: |  | |
| **Poučení** | | |
| * **Odesílající lékař je povinen poučit pacienta podle následujících pokynů:** * Vyšetření je časově náročné a vyžaduje spolupráci pacienta, vlastní PET/MR vyšetření může trvat i více jak 60 min., celková doba přítomnosti pacienta na pracovišti může trvat více jak 3 hodiny. * Před vyšetřením je nutné dodržet pokyny (Informace pro pacienta – vyšetření na PET/MR), které pacient obdrží společně s termínem vyšetření poštou, dostupné též na internetových stránkách RDK FN Brno-Bohunice * Vyšetření je doprovázeno nadměrným hlukem přístroje, který je eliminován chrániči sluchu. * Pro kvalitní vyšetření je nezbytné, aby pacient setrval v naprostém klidu a byl schopný spolupráce. * Děti lze vyšetřovat, podle schopnosti spolupráce, malé a nespolupracující děti se vyšetřují v narkóze.  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **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 atd.) | 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 | ano | ne | Nutné konzultovat ortodontistu a sejmout odlučitelné části, vydat prohlášení o správné fixaci aparátu a předpokladu bezproblémové MR vyšetření | | Pacientka je gravidní | ano | ne |  | | Podstoupil-a pacient-ka cytostatickou léčbu (chemoterapii)?  -pokud ano, kdy byla ukončena? | ano | ne |  | | Podstoupil-a pacient-ka radioterapii?  Pokud ano, kdy byla ukončena? | ano | ne |  | | Pacient je diabetik  Pokud ano, specifikujte, zda na dietě, perorálních antidiabeticích či inzulinu | ano | ne |  | | Vyšetření nutné v celkové anestezii | ano | ne |  | | Pacient-ka se léčí s AV blokem II.-III. stupně, srdečním selháváním, bradykardií, těžkým astmatem nebo feochromocytomem | 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.** | | |
|  | | |
| **V případě jakýchkoliv nejasností nás kontaktujte ve všední dny od 7:30 do 15:00 na čísle 532 232 879.** | | **Razítko odesílajícího lékaře a podpis:** |
|  | |  |
|  | | **Nález odeslat na adresu ( pro pacienty mimo FN Brno):** |
|  | |  |