

**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**