

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ: 00064165, tel. 224 961 111

Žádanka na magnetickou rezonanci**Formulář
F-VFN-813**

Strana 1 z 2

Verze číslo: 2

Kód pojišťovny	IČZ	Datum	Číslo dokladu
Požaduje díl A	Odbornost		Poř. číslo
POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ <i>Vyplní indikující lékař</i>			Provedl díl B VYPLNÍ RDG KLINIKA
Pacient	Základní diagnóza	IČZ	0 2 0 0 4 1 3 7
Č. pojištěnce	Ostatní diagnózy	Obdornost	8 0 9
Variabilní symbol	Kód náhrady	Var. symbol	2 4 9 9 1
Bydliště:		Datum	Kód Poč.
Telefon:			
Požadováno:			
Váha:	Výška:		
<i>Přesahuje-li hmotnost pacienta 120 kg, kontaktujte sekretariát MR !</i>			
Výsledky dosavadních vyšetření:		Aplikace kontrastní látky intravenózně	
Alergie v anamnéze:		Množství KL: ml	
Očekávaný přínos vyšetření:		Injektorem - průtok: ml/s	
Pacient: <input type="checkbox"/> Chodí <input type="checkbox"/> Nechodí		Periferní žilní kanyla	
Poznámka:		Čas	
Byl již na našem MR pracovišti vyšetřován ?		Zavedení: Odstranění:	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano		Velikost: <input type="checkbox"/> G20 <input type="checkbox"/> G22 <input type="checkbox"/> G24	
Pokud ANO , kdy:		Lokalizace: <input type="checkbox"/> PHK <input type="checkbox"/> LHK	
		PŽK: <input type="checkbox"/> Ponechána (<i>proplach F 1/1</i>)	
		<input type="checkbox"/> Ext. (<i>místo vpichu sterilně překryto</i>)	
		Komplikace:	
		Kontrola pacienta: <input type="checkbox"/> Slovem	
		<input type="checkbox"/> Pohledem	
		Pacient odchází bez obtíží,	
		čas odchodu:	
		Dne:	
		Identifikace zdravotnického pracovníka	
		RAZÍTKO A PODPIS	
		Razítko a podpis lékaře	



ABSOLUTNÍ A RELATIVNÍ KONTRAINDIKACE

PRO VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ

Prosíme zaškrtněte ANO či NE:

Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta - velké riziko interakce a závažného poškození zdraví pacienta:

Kardiostimulátor či defibrilátor *)	ANO	NE
Elektrody ponechané elektrody po deplancaci kardiostimulátoru / defibrilátoru	ANO	NE
Kochleární implantát	ANO	NE
MR nekompatibilní aneurysmatické cévní svorky či chlopenní náhrady	ANO	NE
Implantovaná infuzní pumpa	ANO	NE
Implantovaný monitor srdečních funkcí	ANO	NE
Stimulátor mozkových funkcí	ANO	NE
Cizí kovové těleso v oku nebo intrakraniálně	ANO	NE

Jiné případné kontraindikace:

Těhotenství v I. trimestru	ANO	NE
Kovové střepliny, úlomky, cizí tělesa	ANO	NE
Kovové implantáty (endoprotézy, osteosyntetický materiál, stenty), jestliže není písemně doložena jejich MR kompatibilita	ANO	NE
pokud ANO, datum implantace:		
Pacientka kojí	ANO	NE

Renální insuficience

ANO NE

pokud ANO, hladina kreatininu:

ze dne:

Alergie na MR kontrastní látky

ANO NE

pokud ANO, jaká:

*) V případě, že má pacient implantovaný kardiostimulátor nebo defibrilátor, je nezbytné, aby na vyšetření přinesl potvrzený **F-RADIO-28** Potvrzení o kompatibilitě implantovaného kardiostimulátoru nebo defibrilátoru a jeho přepnutí do MR kompatibilního modu od příslušného kardiologa.

Upozornění:

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

Neúplně nebo chybně vyplněná žádanka bude odeslána zpět ošetřujícímu lékaři, čímž se prodlouží termín objednání pacienta !

Razítko a podpis lékaře