

Kód pojišťovny	IČZ	Datum	Číslo dokladu
	Odbornost		Pof. číslo
<b>Požaduje díl A</b>		<b>Provedl díl B</b>	
<b>POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ</b>		<b>VYPLNÍ RDG KLINIKA</b>	
<i>Vyplní indikující lékař</i>		IČZ 0 2 0 0 4 3 7 0	
Pacient	Základní diagnóza	Odbornost	
Č. pojištěnce	Ostatní diagnózy	Var. symbol	
Variabilní symbol	Kód náhrady	Datum	Kód Poč.
Bydliště:			
Telefon:			
Požadováno:			
Váha: Výška:			
<i>Přesahuje-li hmotnost pacienta 120 kg, kontaktujte sekretariát MR !</i>			
Výsledky dosavadních vyšetření:		<b>Aplikace kontrastní látky i.v. injektorem</b>	
Alergie v anamnéze:		Množství KL: ..... ml	
Očekávaný přínos vyšetření:		Průtok: ..... ml/s	
Pacient: <input type="checkbox"/> Chodí <input type="checkbox"/> Nechodí		<b>Periferní žilní kanyla</b>	
Poznámka:		<b>Čas</b>	
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	
Razítko a podpis lékaře		<input type="checkbox"/> Ponechána (proplach F 1/1)	
		PŽK: <input type="checkbox"/> Ext. (místo vpichu sterilně překryto)	
		Komplikace: .....	
		Kontrola pacienta: <input type="checkbox"/> Slovem	
		<input type="checkbox"/> Pohledem	
		Pacient odchází bez obtíží,	
		čas odchodu: .....	
		Dne: .....	
		Identifikace zdravotnického pracovníka	
		RAZÍTKO A PODPIS	

## 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 deplantaci 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:

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

### Renální insuficience

pokud ANO, hladina kreatininu: \_\_\_\_\_ ze dne: \_\_\_\_\_ ANO NE

### Alergie na MR kontrastní látky

pokud ANO, jaká: \_\_\_\_\_ ANO NE

\*) 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, střeptina v oku.

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

Razítko a podpis lékaře