



Nemocnica s poliklinikou Spišská Nová Ves, a.s.
Rádiodiagnostické oddelenie - pracovisko magnetickej rezonancie,
Ul. Jánskeho 1, 052 01 Spišská Nová Ves Tel.: 053 / 4199 400

MR

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU 1,5 T

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:
Bydlisko:	Kód poisťovne:
Kontakt (telefón, e-mail):	
Odosielajúci lekár (meno, adresa, zdravotnícke zariadenie, telefón, e-mail/:	
Kód odosielajúceho lekára:	Kód oddelenia:
Uviesť cudzie telesá, úlomky, implantáty a kompatibilitu s MR prístrojom (doložiť certifikát výrobcu):	
Ktorý orgán sa má vyšetriť?:	
Užšia otázka:	
Termín vyšetrenia:	Hod.:
Požadujete výsledok z MR vyšetrenia na CD?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Bol už pacient na MR vyšetrení:	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Ak áno, kedy a kde, so záverom?:	
Epikríza:	
Diagnóza (slovom):	Štatistický kód:
Výsledky iných zobrazovacích vyšetrení (RTG, CT, USG, MR, PETCT, gamagrafia, iné):	
Alergická anamnéza:	
Hodnota sérového kreatinínu v umol/l (v prípade ochorenia obličiek):	
Potreba sedácie (v prípade klaustrofóbie, malých detí, nekludných pacientov):	
Upozornenie Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaný kardiostimulátor, inzulínová pumpa! Žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty, cudzie telesá, cievne svorky - a potvrdiť ich kompatibilitu s 1,5 T prístrojom. Relatívnou kontraindikáciou môže byť aj klaustrofóbia, gravidita, neklud a pod. Pri vyšetrení brucha a panvy pacient nesmie jesť ani piť 3 hodiny pred vyšetrením. Žiadame o dôsledné dodržanie termínu, najmä čas vyšetrenia! Pri vyšetrení nekludných pacientov zabezpečiť sedáciu pacienta, resp. anesteziológa, u detí tiež lekársky doprovod. Hospitalizovaní pacienti musia mať priložený chorobopis. Pri vyšetrení orgánov dutiny brušnej nesmú črevné kľučky obsahovať báryovú suspenziu.	
Dátum:	Pečiatka a podpis indikujúceho lekára:
Žiadanku prosíme vypísať v dvoch vyhotoveniach písacím strojom alebo na PC.	