|  |
| --- |
|  |
| MR tel.: 043/4203469  |
|  |
|  |
| **Žiadanka na MR vyšetrenie** |
|  |
| **Vypísať dvojmo a všetky kolónky!** |
|  |
| Priezvisko: |  |
| Meno: |  | Rodné číslo: |  |
| Bydlisko: |  | Kód poisťovne: |  |
| Výška: cm, hmotnosť: kg ID prípad: Odosielajúci lekár (meno, adresa, oddelenie):Tel./klapka: |
|  |
| Kód odosielajúceho lekára: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Kód oddelenia: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Predchádzajúce vyšetrenie (CT a MR), Kedy?,Kde? |  |
|  |
| Pacient objednaný na deň: | Hod: |
|  |
| Termín vyšetrenia oznámiť na adresu lekára / pacienta (tel.): |
| Vyšetrenie v anestéze: |
|  |
| Ktorý orgán má byť vyšetrený? |  |
| Glomerulárna filtrácia (eGF):Alergia v anamnéze: |  |
| Otázka, ktorá má byť vyšetrením zodpovedaná (dif. dg možnosti): |
|  |
| Klinická diagnóza (slovom): |
|  | Štatistický kód: |  |
| Epikríza s výsledkami doterajších vyšetrení: |
|  |
| **Uviesť relatívne kontraindikácie:** kardiostimulátor- aký typ?, kovové implantáty, srdcové chlopne,  kovové svorky, cudzie telesá, inzulínová pumpa, klaustrofóbia, gravidita |
| **Priložiť certifikát o 3T MR kompatibilite** kovových materiálov: |
| Pred vyšetrením je potrebné odstrániť z kože make-up, očné tiene a rúž. |
| Priložte popisy + CD všetkých vyšetrení, ktoré súvisia s diagnózou. |
|  |
| Dátum: | Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára |