

## **ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ MAGNETICKOU REZONANCÍ**

**Prosíme pacienty necht' se dostaví 20 minut před časem, na který jsou objednáni.  
 Před vyšetřením je nutné 2 hodiny nejíst. Pít vodu/čaj můžete bez omezení.**

### **Čitelně vyplní indikující lékař!**

Jméno a příjmení pacienta:		
Rodné číslo:	Adresa:	
Pojišťovna	Telefon:	
Výška:	Váha:	
Číselná diagnóza k vyšetření:		
Alergická anamnéza:		
Prodělané operace:		
Závažná porucha funkce ledvin (GFR < 30ml/min./1,73 m <sup>2</sup> )	ANO	NE
Diabetes/snížená glukózová tolerance	ANO	NE
<b>Kontraindikace absolutní:</b>		
Kardiostimulátor*, defibrilátor* nebo reziduální srdeční elektrody*	ANO	NE
Neurostimulátor*	ANO	NE
Kochleární implantát*	ANO	NE
<b>Kontraindikace relativní:</b>		
Insulinová pumpa (bez možnosti odpojení na 15-45 minut)	ANO	NE
Umělá srdeční chlopeč*	ANO	NE
Stent, spirála nebo žilní filtr*	ANO	NE
Cévní svorky*	ANO	NE
Těhotenství (1. trimester)	ANO	NE
Klaustrofobie (pokud ano, kontaktujte MR pracoviště – tel. 416 723 343)	ANO	NE
Orgán / oblast, která má být vyšetřena:		
Stručná epikryza + aktuální symptomatika		
Klinická otázka		
CT, MR předchozí vyšetření	ANO	NE
!!! Potvrzuji, že jsem při rozhovoru s pacientem nezjistil/a žádnou z výše uvedených kontraindikací!!!		
Indikující lékař:	IČP:	
Oddělení:	Telefon:	
Datum:	Razítko a podpis lékaře:	

\*kromě MR kompatibilních