



**Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca**  
v zriaďovateľskej pôsobnosti Žilinského samosprávneho kraja  
Palárikova 2311, 022 16 Čadca



**Pracovisko magnetickej rezonancie, kontakt + 421 41 46 04 204**

## ŽIADANKA O MR VYŠETRENIE

**Meno a priezvisko:**

**Rodné číslo/č. poistenca:**

**č. hosp. prípadu:**

**Bydlisko, telefón:**

**Odosielajúce zariadenie (PSČ, meno lekára, klapka):**

**kód poisťovne:**

**Ktorý orgán má byť vyšetrený:**

**Objednaný na deň:                      hod.:**

**Klinická diagnóza aj s číselným kódom:**

**Anamnéza a popis klinického nálezu:**

**Predchádzajúce vyšetrenia (MR, CT, USG, RTG a iné, obrazové dokumentáciu priložte)**

**Otázka, ktorá má byť MR vyšetrením zodpovedaná:**

Hmotnosť pacienta:

Kreatinín:

Je z interného hľadiska **kontraindikácia i.v. aplikácie MR kontrastných látok** (alergia na MR kontrastné látky, vážne poškodenie obličiek, nekorigovaná hypokaliémia, perioperačne pri transplantácii pečene)?

V prípade **alergie** so závažnými prejavmi (astma, dusenie, šok, strata vedomia, ...) je vhodné zvážiť podanie liekov na prevenciu alergickej reakcie (antihistaminiká, glukokortikoidy).

**Je vylúčená možnosť gravidity?**

V prípade **klaustrofobických** pacientov nás telefonicky vopred kontaktujte.

Ak je pacient nositeľom **kovových implantátov** (napr. cievne svorky, klipy, špirálky, stenty, shunty, filtre, ortopedické či chirurgické endo/protézy, osteosyntézy), **elektronických alebo mechanických implantátov** (napr. kardiostimulátor, kardioverter-defibrilátor, biostimulátor, rôzne pumpy, elektródy), katétrov, náhrady chlopní, očných a ušných implantátov, **kovových črepín a iných cudzích telies, kovových stehov**, kovového vnútromaternicového telieska

– uveďte ich popis -**či sa jedná MR kompatibilný materiál, dátum implantácie:**

**Kardiostimulátor a inzulínová pumpa sú absolútnou kontraindikáciou.**

**Za uvedené informácie je zodpovedný odosielajúci lekár !**

Pacient sa dostaví na vyšetrenie nalačno, minimálne 20 minút pred objednaným termínom. Pred vyšetrením je potrebné odstrániť z kože make-up, očné tiene a rúž.

**Pečiatka, kód a podpis odosielajúceho lekára:**

(lekár so špecializáciou v príslušnom odbore)

**Dátum:**