**ŽIADANKA O MR VYŠETRENIE**

**Meno a priezvisko:**  **Rodné číslo/č. poistenca:**

**Č.** **hosp. prípadu:**  **Bydlisko, telefón****:**

**D****iagnóza aj s číselným kódom:       K****ód poisťovne:**

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

| **Ktorý orgán má byť vyšetrený:** |  |
| --- | --- |

| **Objednaný na deň:** | **hod.:** |
| --- | --- |

| **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)? **Áno / Nie**

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? Áno / Nie**

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, **inzulínová pumpa**, 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**:

**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:**

**Kontakt:** Pracovisko pracoviska magnetickej rezonancie KNsP Čadca: **+421/41/46 04 204**