

Žádanka na MR vyšetření

Objednání: tel. 494 515 649, email: mr@rdgcentrum.eu

Objednání na den:		v		hodin																																											
ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ !																																															
Pacient				Odesílající zařízení (event. čitelné razítko se jménem indikujícího lékaře, IČZ, telefon /mobil/) kam bude nález zaslán:																																											
Příjmení a jméno:																																															
Rodné číslo:		Číslo ZP:																																													
Adresa:																																															
Telefon pacienta (mobil) pro případ přejednání:			Váha:	kg	Číslo diagnóz:																																										
Odesílající diagnóza slovy:																																															
Požadované MR vyšetření se zaměřením na orgán či oblast, která má být vyšetřena:																																															
Stručná epikríza a problém, který má MR vyřešit:																																															
Alergické projevy v anamnéze:																																															
<table border="0"> <tr> <td>Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:</td> <td>Ano</td> <td>Ne</td> <td>Jiné podstatné informace:</td> <td>Ano</td> <td>Ne</td> </tr> <tr> <td>kardiostimulátor (elektrody)</td> <td></td> <td></td> <td>tetování ve vyšetřované oblasti</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>cévní svorky</td> <td></td> <td></td> <td>těhotenství v 1. trimestru</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>elektronické implantáty (inzulín.pumpy, kochleární)</td> <td></td> <td></td> <td>naslouchadla</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>kovové implantáty (endoprotézy, apod.)</td> <td></td> <td></td> <td>kojení</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>kovové střepiny, úlomky, cizí tělesa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>cizí kovové těleso v oku nebo intrakraniálně</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:	Ano	Ne	Jiné podstatné informace:	Ano	Ne	kardiostimulátor (elektrody)			tetování ve vyšetřované oblasti			cévní svorky			těhotenství v 1. trimestru			elektronické implantáty (inzulín.pumpy, kochleární)			naslouchadla			kovové implantáty (endoprotézy, apod.)			kojení			kovové střepiny, úlomky, cizí tělesa						cizí kovové těleso v oku nebo intrakraniálně					
Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:	Ano	Ne	Jiné podstatné informace:	Ano	Ne																																										
kardiostimulátor (elektrody)			tetování ve vyšetřované oblasti																																												
cévní svorky			těhotenství v 1. trimestru																																												
elektronické implantáty (inzulín.pumpy, kochleární)			naslouchadla																																												
kovové implantáty (endoprotézy, apod.)			kojení																																												
kovové střepiny, úlomky, cizí tělesa																																															
cizí kovové těleso v oku nebo intrakraniálně																																															
<i>Absolutní kontraindikací MR vyšetření je implantovaný kardiostimulátor, ponechané elektrody, elektronické implantáty, např. kochleární implantát, inzulinové pumpy apod., některé cévní svorky z feromagnetického materiálu, kovová cizí tělesa např. v oku, očníci, intrakraniálně apod.</i> Potvrzuji, že pacient nemá žádnou z výše uvedených kontraindikací.																																															
Výsledky předchozích vyšetření (CT, sono, rtg, laboratorní testy, předchozí operační zákroky atd.) přinese pacient s sebou k MR vyšetření ! Odesílající /indikující lékař je zodpovědný za řádné a správné vyplnění žádanky. V případě jakýchkoliv nejasností ze strany lékaře či pacienta se prosím telefonicky obraťte se svými dotazy na telefonní číslo, uvedené v záhlaví.																																															
Datum:		Razítko a podpis lékaře:																																													
Poznámka: Nosnost vyšetřovacího stolu činí 130 kg a u MR angiografie dolních končetin do 112 kg.																																															

Informovaný souhlas a seznámení s výkonem - vyšetření MR – magnetickou rezonancí

Vážená paní, vážený pane,
vyšetření, které Vám Váš lékař doporučil je moderní diagnostická metoda radiologie bez použití rtg záření, kdy budete vyšetřeni/a na pracovišti magnetické rezonance (MR). Pomocí této metody zobrazujeme tkáně lidského těla především při neurologických onemocněních, onemocněních pohybové soustavy, onemocnění cév, měkkých částí a ve zvláštních případech i orgánů hrudníku, břicha a pánve. K zobrazení se využívá změn v magnetickém poli lidského organismu.

Příprava před vyšetřením:

- příjem stravy a tekutin není omezen.

**!!! MÁTE-LI KARDIOSTIMULÁTOR NEBO JINÉ ELEKTRONICKÉ IMPLANTÁTY, NESMÍTE
BÝT VYŠETŘEN/A MAGNETICKOU REZONANCÍ. NEVSTUPOUJTE K PŘÍSTROJI !!!**

Popis vyšetření:

Před vyšetřením a vstupem do vyšetřovacího prostoru pracoviště MR **jste povinni odložit všechny kovové části v kabině** např. hodinky, klíče, drobné kovové mince, šperky, vlásenky, opasek s kovovou přezkou, naslouchadla, brýle, kontaktní čočky, zubní protézky, bankovní karty s magnetickým proužkem, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky, apod. !!!

KOVOVÉ ČÁSTI MOHOU ZPŮSOBIT ĎRAZ, U ELEKTRONICKÝCH ZAŘÍZENÍ JEJICH POŠKOZENÍ A NEFUNKČNOST, ČI POŠKOZENÍ MR PŘÍSTROJE!

Během výkonu ležíte na vyšetřovacím lehátku MR přístroje, vyšetření je nebolestivé, provádí se v několika sériích a trvá od 15-ti do 60-ti minut. V průběhu vyšetření budete umístěn/a ve válcovitém prostoru. V průběhu vyšetření uslyšíte různé druhy vzdáleného hluku (klapání), které patří k vyšetření. Po celou dobu vyšetření je nezbytné, abyste ležel/a v klidu. Každý pohyb vede ke znehodnocení vyšetření. V průběhu vyšetření je v odůvodněných situacích nutná aplikace kontrastní látky do žíly, o její aplikaci rozhoduje lékař.

Kontraindikace:

MR je jednou z nejbezpečnějších vyšetřovacích metod, přesto má některá omezení, která vyplývají z její podstaty. Nelze vyšetřit pacienty s implantovaným kardiostimulátorem nebo defibrilátorem, pacienty s ponechanými elektrodami po odnětí kardiostimulátoru či defibrilátoru, s aneurysmatickými cévními svorkami (klípy), s elektronickými implantáty (kochleární, inzulinová pumpa, atd.), s kovovými cizími tělesy z jiného než prokazatelně nemagnetického kovu a to v hlavě, očnicích, atd.

Možné komplikace a rizika:

- u MR vyšetření jsou minimální, pokud jsou dodrženy výše uvedené kontraindikace.

- alergická reakce na kontrastní látku je velmi vzácná (může se projevit kopřivkou, dušností, otoky).

V případě jakýchkoliv potíží a nejasností okamžitě upozorněte na tuto skutečnost vyšetřujícího lékaře nebo personál našeho oddělení a po odchodu z našeho oddělení svého ošetřujícího lékaře !!!

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, prosíme zodpovězte následující otázky:

ANO NE

1. Máte kardiostimulátor, kochleární implantát, nebo jiné kovové těleso v těle z nemagnetického kovu ?
2. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění, dezinfekci, kontrastním látkám, apod. ?
3. Pro ženy v reprodukčním věku (15 – 50 let) – jste těhotná ?
4. Trpíte strachem ze stísněných prostor ?
5. Máte další otázky k vyšetření

Pokud ano, jaké ?

Pacientův souhlas:

S výkonem jsem byl/a dostatečně podrobně, jasně a srozumitelně obeznámen/a a o výkonu informován/a, dostal/a jsem příležitost klást otázky týkající se výkonu, všechny byly dostatečně podrobně, jasně a srozumitelně zodpovězeny k mé spokojenosti. Byl/a jsem dostatečně podrobně, jasně a srozumitelně poučen/a o možných rizicích a komplikacích, která mohou při výkonu vzniknout, všemu rozumím a s navrženým výkonem a jeho provedením bez nátlaku souhlasím.

Prohlašuji, že jsem lékařem nezamířel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit vyšetření MR, zvláště v souvislosti s kontraindikacemi tohoto výkonu, alergií na kontrastní látku, nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Příjmení a jméno :

Podpis pacienta, příp. zástupce: Podpis radiologického asistenta / zdr.sestry:

Podpis lékaře (pouze ve sporných případech) :

V Rychnově nad Kněžnou, dne