

Žádanka na MR vyšetření

RDG centrum s.r.o., Rychnov nad Kněžnou, pracoviště MR

Telefon pro objednávání : 494 502 652 - přímá linka, 494 542 991- příjem pacientů

Objednání na den:		v		hodin	
ČITELNĚ VYPLNÍ INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ !					
Pacient			Odesílající zařízení (event. čitelné razítko se jménem indikujícího lékaře, IČZ, telefonem /mobil/) kam bude nález zaslán:		
Příjmení a jméno:					
Rodné číslo:		Číslo ZP:			
Adresa:					
Telefon pacienta (mobil) pro případ přeobjednání:			Váha:	kg	Číslo diagnóz:
Odesílající diagnóza slovy:					
Alergické projevy v anamnéze:					
Přítomnost kovových materiálů v těle pacienta:			Jiné podstatné informace:		
kardiostimulátor (elektrody)	ano	ne	tetování ve vyšetřované oblasti	ano	ne
cévní svorky	ano	ne	těhotenství v 1. trimestru	ano	ne
elektronické implantáty (inzulín.pumpy, kochleární)	ano	ne	naslouchadla	ano	ne
kovové implantáty (endoprotézy, apod.)	ano	ne	kojení	ano	ne
kovové střepiny, úlomky, cizí tělesa	ano	ne			
cizí kovové těleso v oku nebo intrakraniálně	ano	ne			
<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.					
Požadované MR vyšetření se zaměřením na orgán či oblast, která má být vyšetřena:					
Stručná epikríza a problém, který má MR vyřešit:					
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 čísla uvedená 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.
- před vyšetřením se v převlékací kabině MR pracoviště z bezpečnostních a hygienických důvodů převlečete do připraveného sterilního pláště.

!!! 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 ÚRAZ, U ELEKTRONICKÝCH ZAŘÍZENÍ JEJICH POŠKOZENÍ A NEFUNKČNOST, ČI POŠKOZENÍ MR PŘÍSTROJE !

Během výkonu ležíte na vyšetřovací 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 aneuryzmatickými cévními svorkami (klípy), s elektronickými implantáty (kochleární, inzulinová pumpa, atd.), s kovovými cizími tělesy z jiného než prokazatelně nemagnetického kovu a to v hlavě, očnici, 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 (***nesprávné přeškrtněte**):

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

Podpis pacienta, příp. zástupce: Podpis laboranta / sestry:

Podpis lékaře (pouze ve sporných případech) :

V Rychnově nad Kněžnou dne20