ŽIADANKA NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU

Pracovisko MR skupiny Pro Diagnostic Group a.s.: WWW.MAGNETICKAREZONANCIA.SK

Dr. Magnet – KRAMÁRE 02/32 661 251	Dr. Magnet – RUŽINOVSKÁ NEMOCNICA 02/436 367 16	Dr. Magnet – RUŽINOVSKÁ POLIKLINIKA 02/32 111 162	Medicína NZ – LEVICE 036/3211 351
MR Žilina 041/ 70 021 90	MR Poprad 052/4280 060	ProMagnet - PREŠOV 051/756 23 10	ProMagnet – KOŠICE 055/729 7101	Medicína NOVÉ ZÁMKY 035/64 08 300

Pacient:

Titul, Meno, Priezvisko :		Rodné číslo	
Bydlisko: (ulica, číslo, PSČ, mesto)			
Kontakt: (telefón, e-mail)		Kód ZP	

Lekár:

Titul, meno, priezvisko:		Kód lekára:	A
Adresa zdravotníckeho zariadenia:			
Kontakt: (telefón, e-mail)		Kód zdrav. zariadenia (začína N,O,P,R,S,T alebo U)	

V prípade, ak má pacient implantovaný kardiostimulátor, je možné pacienta vyšetriť až po konzultácii ošetrujúceho kardiológa. Absolútnou kontraindikáciou MR vyšetrenia je implantovaná inzulínová pumpa! Žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty, cudzie telesá, cievne svorky – a písomne potvrdiť ich kompatibilitu s 1,5T alebo 3T prístrojom. Relatívnou kontraindikáciou môže byť aj klaustrofóbia, gravidita, nekľud ...

MR vyšetrenie:

Predchádzajúce MR vyšetrenia: (kde, kedy, orgán vyšetrenia)						
Termín vyšetrenia:		Termín oznámiť:	☐ LEKÁROVI		☐ PACIENTOVI	
Uviesť cudzie telesá, implantáty a kompatibilitu s MR prístrojom: (písomné vyjadrenie o kompatibilite) :						
Hodnota sérového kreatinínu v umol/l		Hodnota v norme ?	áno	nie	**Alergická anamnéza** uviesť alergén a typ reakcie	

Špecifikácia MR vyšetrenia:

Orgán / oblasť vyšetrenia::	**MR vyšetrenie prsníkov + hrudná stena + axily**
Užšia otázka :	

Epikríza: (ochorenia, operácie, výsledky predchádzajúcich zobrazovacích vyšetrení - MR, CT, US , PET , histologické nálezy)

indikácia, klinické vyšetrenie:

rodinná anamnéza / ochorenia prsníkov v rodine /, genetické vyšetrenie:

mamografické vyšetrenie / **doložiť snímkovú dokumentáciu + kompletný písomný nález** /:

USG vyšetrenie prsníkov **/ doložiť kompletný písomný nález** /:

biopsia, operácie prsníkov a iné terapeutické výkony prsníkov a hrudníka / **doložiť operačné nálezy a kompletný histologický nález, uviesť časové údaje a typ liečby ochorenia prsníkov /:**

zavedený klip / áno, nie, lokalita /:
kontraindikácie iv podania kontrastnej látky:

iné klinické údaje:

Klinická diagnóza:		Štatistický kód diagnózy:	
Číslo DRG prípadu:			

ŽIADANKU PROSÍME VYPÍSAŤ V 2 VYHOTOVENIACH

Dátum vystavenia žiadanky: ..... Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára: .....