



Onkologický ústav sv. Alžbety, s.r.o.
Heydukova 10, 812 50 Bratislava
www.ousa.sk

ŽIADANKA NA VYŠETRENIE

II. Rádiologická klinika

VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIOU (MR)

K/RD-1

Rodné číslo:		Kód PZS odosielaajúceho lekára:	
Priezvisko:		Kód odosielaajúceho lekára:	
Meno:		Tel. číslo/Email: *	
Muž: ☐ Žena: ☐	Adresa:	Kód PZS odporúčajúceho lekára:	
		Kód odporúčajúceho lekára:	
Tel. číslo:		Názov a sídlo organizácie (adresa fakturácie):	
Kód ZP:			
EÚ poistenec:			
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu:		IČO:	DIČ:
Poznámka: EÚ poistenci:		Poznámka lekára:	
K žiadanke treba priložiť kópiu preukazu poistenca.			
Základná diagnóza:		Pečiatka a podpis lekára:	
Iné diagnózy:			
Dátum vyšetrenia:			
Dátum vystavenia žiadanky:		* Nepovinný údaj	

Typ/rozsah požadovaného vyšetrenia:

Diagnostická otázka:

Epikríza (ochorenia, operácie, absolvovaná konzervatívna liečba – typy a časové údaje, toxicita):

Krátky súhrn doterajších relevantných laboratórnych a zobrazovacích vyšetrení:

Alergická anamnéza:

Renálne parametre (sérový kreatinín a urea, prípadne glomerulárna filtrácia):

Ostatné (zvýšený vnútroočný tlak, benígna hyperplázia prostaty, tachyarytmia):

Bol už pacient na MR vyšetrení? Ak áno, kedy a s akým výsledkom?

UPOZORNENIE:

Absolútnou kontraindikáciou na MR vyšetrenie je implantovaný kardiostimulátor/defibrilátor, elektronické implantáty (kochleárny implantát, inzulínová pumpa), kovové telesá z iného než dokázateľne nemagnetického kovu (lokalizované intrakraniálne a intraorbitálne) a aneuryzmatické cievne svorky.

Relatívnou kontraindikáciou je prítomnosť ostatných kovových materiálov v tele pacienta, pokiaľ nie je písomne doložená ich MR kompatibilita, predovšetkým do 6 týždňov po implantácii.

K vyšetreniu prosíme dodať relevantnú staršiu obrazovú dokumentáciu (CT, MR).

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol poučený a súhlasím s vyšetrením.

pacient