Nemocnice Nové Město na Moravě, přísp. org., Radiologické oddělení
Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě, email: radiologie@nnm.cz

Objednávky na MR vyšetření telefonicky na 566 801 478 v pracovní dny od 6,30 do 14,30 hodin.
MR pracoviště je umístěno v dolní části Radiologického pavilonu, naproti vchodu do ambulancí Interního pavilonu.

Pacient	
Příjmení a jméno:	
Rodné číslo:	
Zdravotní pojišťovna:	
Adresa:	
Telefon (mobil):	
Hmotnost pacienta:	
Číslo DG (MKN):	
Diagnóza slovy:	
Oblast, orgán vyšetření:	
Epikríza:	
Klinická otázka:	
Alergie:	
Předchozí MR vyšetření (pokud ano, kde a kdy)	

POUČENÍ

Odesílající lékař je povinen poučit pacienta podle následujících pokynů:

- Pacient se dostaví k vyšetření 20 min. před časem určeným při objednání.
- Obvyklá doba vyšetření je 20-45 min.
- Vyšetření je doprovázeno nadměrným hlukem přístroje, který je eliminován sluchátky, nebo chrániči sluchu.
- Při vyšetření je nezbytné, aby pacient setrval v naprostém klidu a byl schopný spolupráce.
- Děti lze vyšetřovat, podle schopnosti spolupráce, asi od 5 let věku.
- Začátek vyšetření se může zpozdit v případě nenadálé nutnosti předřazení akutního vyšetření.

Pacient je nositelem, má implantovaný:			**Poznámka** (MR kompatibilita, doba operace, implantace atd.)
Kardiostimulátor	ano	ne	
Defribrilátor	ano	ne	
Ponechané elektrody (po implantaci např. PM)	ano	ne	
Elektronické implantáty (kochleární, inzulinová pumpa..)	ano	ne	
Aneuryzmatické cévní svorky	ano	ne	
Kovová cizí tělesa intraorbitálně, intrakraniálně	ano	ne	
Kovový osteosyntetický materiál, TEP	ano	ne	
Jiný kovový materiál	ano	ne	
Renální insuficience	ano	ne	Hodnota GFR :
Fixní ortodontický aparát			Nutné konzultovat ortodontistu a sejmout odlučitelné části
Pacientka je gravidní	ano	ne	

V případě přítomnosti jakéhokoliv implantátu je NUTNÉ do poznámky uvést přibližné datum operace a skutečnost, zda je daný implantát MR kompatibilní. Též při přítomnosti ostatního kovového materiálu (střepiny..) je nutné blíže specifikovat jeho povahu. Bez těchto údajů bude žádanka vrácena indikujícímu lékaři.

Žádám o poskytnutí obrazové dokumentace: ano / ne **Pokud ano:** ☐ **CD pacientovi** ☐ **ePACSem,** kam……..	**Razítko odesílajícího lékaře a podpis:**

V případě jakýchkoliv nejasností nás kontaktujte ve všední dny od 6:30 do 14:30 na čísle 566 801 478.