



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: <input type="text"/>	Kód PZS odosielajúceho lekára: <input type="text"/>
Priezvisko: <input type="text"/>	Kód odosielajúceho lekára: <input type="text"/>
Meno: <input type="text"/>	Tel. číslo/Email: * <input type="text"/>
Muž: <input type="checkbox"/> Žena: <input type="checkbox"/> Adresa: <input type="text"/>	Kód PZS odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
<input type="text"/>	Kód odporúčajúceho lekára: <input type="text"/>
Tel. číslo: <input type="text"/>	Názov a sídlo organizácie (adresa fakturácie): <input type="text"/>
Kód ZP: <input type="text"/> Samoplatca: <input type="checkbox"/>	IČO: <input type="text"/> DIČ: <input type="text"/>
EÚ poistenec: <input type="checkbox"/> Kód krajiny EÚ: <input type="text"/>	Poznámka lekára: <input type="text"/>
Č. pacienta/ID hospitalizačného prípadu: <input type="text"/>	Pečiatka a podpis lekára: <input type="text"/>
Poznámka: EÚ poistenci: K žiadanke treba priložiť kópiu preukazu poistenca.	
Základná diagnóza: <input type="text"/>	
Iné diagnózy: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Dátum vyšetrenia: <input type="text"/> Čas vyšetrenia: <input type="text"/>	
Dátum vystavenia žiadanky: <input type="text"/> * 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