

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Bydlisko

Kód poisťovne

Kontakt na pacienta

ODOSIELAJÚCI LEKÁR

Meno

Názov zariadenia

Tel. číslo na lekára

Kód lekára pre ZP

Kód oddelenia

Predchádzajúce MR vyšetrenie

Áno

Nie

Kedy a kde

Čo bolo vyšetované a s akým záverom

Pacient objednaný na deň

hod.

Ktorý orgán má byť vyšetrený

Diagnóza (slovom)

Užšia otázka:

Kód diagnózy

Alergia v anamnéze

Osobná anamnéza (uviesť ochorenia, operácie a podobne)

EPIKRÍZA a výsledky iných zobrazovacích vyšetrení /USG, RTG, CT, PETCT, gamagrafia a iné

ZHODNOTENIE RIZIKA CIN /contrast media induced nephropathy/ indikujúcim.

Kritéria CIN /vyplniť/

Hmotnosť pacienta

Hladina kreatinínu v $\mu\text{mol/l}$

ABSOLÚTNOU KONTRAINDIKÁCIOU VYŠETRENIA JE IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR, INZULÍNOVÁ PUMPA. Žiadame uviesť umelé srdcové chlopne, kovové implantáty a cudzie telesá, cievne svorky, klaustrofóbiu, graviditu a iné, ktoré môžu byť relatívnou kontraindikáciou k vyšetreniu

Dátum

Podpis