

Magnetická rezonancia je bezpečná a bezbolestná vyšetrovacia metóda. Pretože vyšetrenie pacienta prebieha v prostredí silného magnetického poľa, kovové predmety vo vašom tele môžu byť nebezpečné, alebo spôsobovať „interferenciu“. Prosíme Vás, vyznačte nám tieto dôležité informácie ešte pred tým, než Vás začneme vyšetrovať.

Priezvisko a meno:..... **Rok narodenia:** **Hmotnosť:** (kg)

Boli ste už na vyšetrení MR?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Dátum posledného MR vyšetrenia	
Boli ste niekedy operovaný(á)?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno, ktorý orgán:	

Prosím, odpovedzte na nasledovné bezpečnostné otázky:

pacemaker / kardiostimulátor, defibrilátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	očnú protézu / umelú šošovku	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
inzulínovú pumpu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	endoprotézu – umelý kĺb	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
elektronický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	ortopedický implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
vnútrošný implantát	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	VP Shunt	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
neurostimulátor	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové črepiny	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
svorky/klipy, stenty/výstuže, filtre	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	kovové zubné náhrady	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
umelú srdcovú chlopňu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	snímateľnú zubnú náhradu	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
klaustrofóbia	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	tetovanie, permanentný make-up	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
alergia	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	ak áno na čo ?		
Iné predmety a implantáty	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	aké a kde ?		
Bola Vám už pri MR vyšetrení podaná kontrastná látka?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	Ak áno, mali ste po podaní nežiadúce účinky ako teplo, začervenanie, svrbenie, opuch, skrátenie dychu, závrate alebo kolaps?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Pre ženy: ste tehotná?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE	dojčíte?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
na MR vyšetrenie hlavy sa odporúča nebyť nalíčená.					

UPOZORNENIE:

- V prípade vyššie uvedených implantátov a teliesok je potrebné potvrdiť kompatibilitu s MR (doložiť certifikát výrobcu)**
- Všetky snímateľné kovové predmety je nutné si pred MR vyšetrením odložiť, sňať. Rešpektuje pokyny rádiologického technika
- Nenoste na vyšetrenie cennosti a zbrane.**

Počas MR vyšetrenia je niekedy potrebné podať kontrastnú látku. MR kontrastná látka (gadolinium) je aplikovaná tenkou ihlou do žily, najčastejšie na predlaktí. Počas podávania kontrastnej látky môžete cítiť vpich a následne pociť „podávania“, ktorý je normálny. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch aj tu sa môžu vyskytnúť nežiadúce účinky. Náš zdravotnícky personál je zaškolený na zvládnutie vzniknutých situácií.

Prosím pokračujte vyplnením údajov na ďalšej strane.

SAMOPLATCA

Bol(a) som poučený(á) o povahe MR vyšetrenia. **Súhlasím** s vyšetrením. **Súhlasím** s podaním kontrastnej látky, ak to bude vyšetrenie vyžadovať.

Čestne prehlasujem, že žiadam o vyšetrenie magnetickou rezonanciou mimo verejného zdravotného poistenia, na vlastné náklady, na vlastnú žiadosť. Bol som poučený /á/, že moja zdravotná poisťovňa toto vyšetrenie mi nepreplatí. Súhlasím s platbou v hotovosti a súhlasím s ponúknutou cenou vyšetrenia.

Telefónne číslo:

Podpis: (vzťah k pacientovi:) Dátum:

Toto diagnostické pracovisko poverilo spracúvaním osobných údajov pacientov, ktorých vyšetřilo, spoločnosť Pro Diagnostic Group, a.s. a to v rozsahu údajov, ktoré povinne obsahuje správa pre lekára, ktorý odporučil osobu na ďalšie poskytnutie zdravotnej starostlivosti podľa § 8 ods. 6 Zákona o zdravotnej starostlivosti a na účel urýchlenia a zjednodušenia poskytnutia ďalšej zdravotnej starostlivosti a umožnenia využitia služieb portálu www.eradiologia.sk.



BRATISLAVA • NOVÉ ZÁMKY • LEVICE • ŽILINA • POPRAD • PREŠOV • KOŠICE

WWW.MAGNETICKAREZONANCIA.SK

