

Dr. MAGNET s.r.o., Kramáre, Limbová 5, 833 05 Bratislava Tel.: +421 2 32661251, E-mail: info@drmagnetkramare.sk, Web: www.magnetickarezonancia.sk

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 nežiaduce 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 naličená.

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
- Pacienti s VP drenážou v mozgu musia ísť pred a po vyšetrení na 3,0T prístroji na neurochirurgickú kontrolu
- 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 pocit „podávania“, ktorý je normálny. MR kontrastná látka je dostatočne bezpečná, ale ako pri akýchkoľvek liekoch aj tu sa môžu vyskytnúť nežiaduce 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

