

ŽIADANKA NA FARMAKOLOGICKÉ ZÁŤAŽOVÉ KARDIO MR

 Číslo DRG prípadu (**povinné u hospitalizovaných pacientov**) :

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Bydlisko :

Poisťovňa /zaškrtnite/: VŠZP: ZP Dôvera: UNION ZP: EUpacient?- ak áno, štát:

Iná-zahraničná: **/ ak áno, doložte kópiu EU kartičky poistenia z oboch strán /**

Klinická diagnóza /slovom/:

Kód diagnózy pre poisťovňu:

Odosielajúci lekár :

Kód lekára pre poisťovňu:

Názov odosiel.PZS :

Kód PZS pre poisťovňu :

Telef.kontakt na odosielateľa /pre prípadnú konzultáciu/ :

Termín objednania oznámiť na telefón :

Hodnota kreatinínu:

Predchádzajúce MR a CT vyšetrenia kedy a kde:

Ktorá otázka má byť vyšetrením zodpovedaná?

EF: < 40% > 40% PQ interval: >0,22ms <0,22ms

Anamnéza AV dysfunkcie: ÁNO NIE

Anamnéza SSS (sick sinus syndrome): ÁNO NIE

K VYŠETRENIU MRI ŽIADAME DORUČIŤ RTG DOKUMENTÁCIU A CHOROBOPIS PACIENTA !

Epikríza a výsledky doterajších vyšetrení:

IMPLANTOVANÝ KARDIOSTIMULÁTOR JE ABSOLÚTNOU KONTRAINDIKÁCIOU NA VYŠETRENIE MAGNETICKOU REZONANCIU !!!

Relatívne kontraindikácie: kovové implantáty, svorky, črepiny, intrauterinné teliesko, chlopňové náhrady a pod. - požadujeme doručiť špecifikáciu materiálu implantátu

Dátum:

Pacient objednaný na deň a hodinu:

/ prosíme dodržať termín /

Pečiatka a podpis odosielajúceho lekára