

Žádanka na MR vyšetření srdce:

Důvod vyšetření:

Zákl. informace: (např. viz příložená zpráva)

Kovy/implantáty intracerebrálně/intraorbitálně:	ANO	NE
Implantované kovové přístroje: (TKS/ICD, neurostimulátor, kochleární implantát, inzulinová pumpa):	ANO	NE
Kovové implantáty/kovy v těle	ANO	NE
Těhoteství/kojení:	ANO	NE
Alergie:	ANO	NE
Klaustrofobie:	ANO	NE

Kreatinin: GF: Hematokrit:
(aktuální odběry před vyšetřením ne starší 14 dní)

(pokud jsou přítomny impl. kovové přístroje nebo kovy intrakraniálně či intraorbitálně, je nezbytné doložit jejich MR kompatibilitu, stejně tak je nutné doložit MR kompatibilitu u kovových implantátů do 6 týdnů od implantace/operace)

Indikující lékař: