ÚVN
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE
Vojenská fakultní nemocnice Praha

U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6
IČ: 61383082
www.uvn.cz

MR vyšetření osoby s kardiostimulátory, defibrilátory a monitory srdečního rytmu

Tyto údaje poskytne pracoviště kde byl pacientovi implantován nebo pracoviště kde probíhají pravidelné kontroly přístroje.

Dovolujeme si Vás požádat o vyplnění informací, které jsou nezbytné pro zajištění plánovaného vyšetření pacienta v ÚVN.

Jméno a příjmení pacienta: ……..……..

Rodné číslo: ……..…… **Zdravotní pojišťovna:** ……

Implantované elektronické zařízení

Výrobce, název, typ ……..……..……

Datum implantace ……..……..……

Pracoviště + kontakt ……..……..……

Implantované elektrody – Síňové

Výrobce, název, typ ……..……..……

Datum implantace ……..……..……

Pracoviště + kontakt ……..……..……

Implantované elektrody – Pravá komora

Výrobce, název, typ ……..……..……

Datum implantace ……..……..……

Pracoviště + kontakt ……..……..……

Implantované elektrody – Levá komora

Výrobce, název, typ ……..……..……

Datum implantace ……..……..……

Pracoviště + kontakt ……..……..……

Je implantovaný systém pacienta schválen pro MR (MR conditional) ?	Ano / Ne
Je nebo byl pacient v minulosti pacient dependentní na kardiostimulaci ?	Ano / Ne
Je pacient implantován v sekundární prevenci NSS (náhlá srdeční smrt) ?	Ano / Ne
Měl pacient adekvátní terapie (výboj) přístroje v minulosti ?	Ano / Ne
Je možné vyšetření na MR přístroji o síle mag pole. 1,5T ?	Ano / Ne
Je možné vyšetření na MR přístroji o síle mag. pole 3 T ?	Ano / Ne
Je povoleno skenování celého těla?	Ano / Ne
Pokud není – jakou část těla nelze vyšetřovat: ….……	
Jsou u pacienta přítomny nefunkční/nepřipojené elektrody ?	Ano / Ne
Jsou přítomna jakákoliv rezidua po extrakci elektrod ?	Ano / Ne
Byl přístroj přeprogramován do MR-módu ?	Ano / Ne
Má přístroj automatickou detekci MR pole ?	Ano / Ne
Pokud ano je okno pro MRI otevřeno : od …….……..... do ……..…….……	
Je přístroj dočasně programován do asynchronní stimulace ?	Ano / Ne
Pokud ano, jaká je programovaná srdeční frekvence ? ……...……..…… tep/min	

……

Datum, jméno a příjmení lékaře, **podpis a razítko lékaře kardiologa**

název pracoviště, kontakt: