
Направляющая медицинская организация
В
(название, адрес)

Направление N _____
На МРТ и РКТ обследование

Прием направления "___"_____ 200__ г. (наименование медицинской
организации)

Архивный N _____
Дата обследования "___"_____ 200__ г.

Заполняется направляющим учреждением.
Заполнение всех пунктов направления обязательно!

Данные о пациенте

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____
СНИЛС _____ N полиса _____ Контактный телефон _____
Пол ____ Вес ____ Дата рождения _____ Адрес _____

Направительный диагноз _____

Диагноз по МКБ-10 _____

Ведущие признаки заболевания _____

Заключения профильных специалистов: (окулист, эндокринолог,
невролог-для заболеваний ЦНС, невролог, травматолог - для заболеваний
опорно-двигательного аппарата)

Результаты параклинических и инструментальных методов исследования,
полученные ранее в процессе диагностики _____

Область и цель исследования _____

Противопоказания*

Магнитно-резонансная томография (МРТ) - первые три месяца беременности,
наличие кардиостимулятора или проводников к нему и других
имплантированных электронных устройств, а также ферромагнитных
инородных тел.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) - аллергия на йод в случае
необходимости контрастирования, беременность, месячные при исследовании

!малого таза, прием бария за 7-10 дней перед исследованием брюшной!
!полости и малого таза. !

+-----+-----+

Анкета пациента
При направлении на РКТ

Аллергия на содержащие йод вещества	Да	+-+ +-+	+-+ +-+
Болезнь замкнутых пространств			+-+ +-+
Беременность или предположение о беременности	Да	+-+ +-+	Нет
Месячные в день исследования	Да	+-+ +-+	Нет
Хроническая почечная недостаточность	Да	+-+ +-+	Нет
Прием бариевого контраста в течение последних 10 дней	Да	+-+ +-+	Нет

Анкета пациента
При направлении на МРТ

Боязнь замкнутых пространств	Да	+-+ +-+	Нет
Беременность или предположение о беременности	Да	+-+ +-+	Нет
Эпилепсия, судорожные припадки	Да	+-+ +-+	Нет
Кардиостимулятор или проводники к нему	Да	+-+ +-+	Нет
Другие имплантированные электронные устройства	Да	+-+ +-+	Нет
Металлические включения в организме (пули, осколки, протезы, клапаны, спирали, стенты, внутрочерепные клипсы и пр.)	Да	+-+ +-+	Нет
Укажите локализацию и вид включения _____			

Я подтверждаю достоверность изложенной информации и заявляю о своем согласии на проведение МРТ или РКТ исследования (при необходимости - контрастирования или анестезии).

Подпись пациента
Представитель пациента (при необходимости):

Ф.И.О.	кем приходиться	подпись
+ Место для оттиска -+		
! !	Лечащий врач _____	(Ф.И.О., подпись)
+ - гербовой печати - - +	Руководитель _____	(Ф.И.О., подпись)