

Приложение N 2
к приказу Минздрава РТ
от 30 января 2008 г. N 37

Направляющее медицинское учреждение _____
(название, адрес) _____
Направление N _____
На МРТ и РКТ обследование в _____
(наименование медицинского учреждения)

Прием направления " ____ " ____ 200__ г.
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 _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Болезнь замкнутых пространств				
Беременность или предположение о беременности	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Месячные в день исследования	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Хроническая почечная недостаточность	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Прием бариевого контраста в течение последних 10 дней	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет

**Анкета пациента
При направлении на МРТ**

Боязнь замкнутых пространств	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Беременность или предположение о беременности	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Эпилепсия, судорожные припадки	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Кардиостимулятор или проводники к нему	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Другие имплантированные электронные устройства	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Металлические включения в организме (пули, осколки, протезы, клапаны, спирали, стенты, внутричерепные клипсы и пр.)	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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

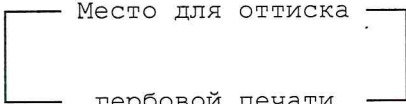
Представитель пациента (при необходимости):

Ф.И.О.

кем приходиться

подпись

Место для оттиска



гербовой печати

Лечащий врач _____

(Ф.И.О., подпись)

Руководитель _____

(Ф.И.О., подпись)