

УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ МР ПРЕГЛЕД



ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА		<i>ИД Упутнице</i>
ЈМБГ :		
Име :	Презиме :	
Датум рођења :	Пол : ☐ Мушки ☐ Женски	
Адреса :	Мјесто :	
Ослобођен плаћања партиципације : ☐		
Основ ослобађања плаћања партиципације :		
Контакт фиксни :	Контакт мобилни :	E-mail :
Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи : ☐		
Изабрана установа :		
УПУТНА ДИЈАГНОЗА	МКБ шифра болести:	
ТРАЖИ СЕ		
КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ		
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЛИ ПРЕДЛАЖЕ МР - ПРЕГЛЕД		
Шифра :		
Име :	Презиме :	
Специјалност :	Шифра специјалности :	
Шифра и назив установе :	Мјесто :	
Телефон :	Датум приједлога :	
ПОПУНИТИ ЗА СВЕ МР ПРЕГЛЕДЕ		
Вриједност серумског креатинина :	На дан :	
Вриједност ГФР : _____		
Да ли је пацијент у другом стању ?	☐ Да	☐ Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?	☐ Да	☐ Не
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима) ?	☐ Да	☐ Не
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм ?	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа ?	☐ Да	☐ Не
(а) Да ли пацијент има метално страно тијело (имплантат, гелер,...) ?	☐ Да	☐ Не
(б) Да ли је пацијенту имплантиран ел. уређај (пејсмејкер, дефибрилатор итд.)	☐ Да	☐ Не
У случају да је (а) и/или (б) ДА, молимо навести врсту страног тијела/имплантата, те дио тијела у којем се налази.		
Да ли пацијент болује од клаустрофобије ? [потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не
Да ли пацијент може бити миран током прегледа ? [потребна анестезија]	☐ Да	☐ Не

Да ли је анестезиолошки обрађен ? [уколико је потребно]	☐ Да	☐ Не
Да ли је пацијент примао гадолинијумско контрастно средство приликом ранијих радиолошких претрага ? [Ако је ДА, да ли је у ранијем случајевима долазило до нежељених алергијских реакција. Ако јесте навести којих] : _____	☐ Да	☐ Не
Преглед са контрастом или не ?	☐ Да	☐ Не
ПОДАЦИ О ДОКТОРУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ		
Шифра :		
Име :	Презиме :	
Установа :	Мјесто :	
Телефон :		
Датум упућивања :		
Потврђујем на сопствену одговорност да су све горе наведене информације о пацијенту тачне. Овим потврђујем да је пацијент упознат са процедуром прегледа и сматрам да је физички и психички способан да приступи истом. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у горе наведеној здравственој установи. Такође се обавезујем да ћу ажурирати наведене податке о пацијенту уколико дође до било каквих промјена од момента заказивања до датума прегледа.		
Здравствена установа :	Факсимил и потпис доктора породичне медицине:	
Мјесто : _____	Шифра доктора : _____	

МЈЕСТО И ВРИЈЕМЕ ЗАКАЗАНОГ МР ПРЕГЛЕДА		
Установа у којој ће се преглед обавити :		
Мјесто прегледа :	Шифра прегледа :	Телефон установе :
Датум прегледа :	Вријеме прегледа :	Број протокола :
Напомена:		

ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ

- Обавезно на заказани преглед донијети сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа и налаз креатинина.
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед .
- Ако је доб пацијента ≤ 7 година, врло је могуће да ће бити неопходна анестезиолошка припрема, пацијент се упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- Уколико пацијент болује од клаустрофобије или не може бити миран током прегледа неопходна је анестезија, те се пацијент упућује да уради потребне љекарске прегледе .
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.