

## УПУТНИЦА ЗА АМБУЛАНТНИ МР ПРЕГЛЕД



<b>ЛИЧНИ ПОДАЦИ ПАЦИЈЕНТА</b>		<i>ИД Упутнице</i>	
ЈМБГ :			
Име :		Презиме :	
Датум рођења :		Пол : <input type="checkbox"/> Мушки <input type="checkbox"/>	
		Женски	
Адреса :		Мјесто :	
Ослобођен плаћања партиципације : <input type="checkbox"/>			
Основ ослобађања плаћања партиципације :			
Контакт фиксни :		Контакт мобилни :	E-mail :
Пацијент инсистира да се преглед обави у одређеној установи : <input type="checkbox"/>			
Изабрана установа :			
<b>УПУТНА ДИЈАГНОЗА</b>		МКБ шифра болести:	
<b>ГРАЖИ СЕ</b>			
<b>КЛИНИЧКО ПИТАЊЕ</b>			
<b>ПОДАЦИ О ДОКТОРУ СПЕЦИЈАЛИСТИ КОЈИ ПРЕДЛАЖЕ МР - ПРЕГЛЕД</b>			
Шифра :			
Име :		Презиме :	
Специјалност :		Шифра специјалност :	
Шифра и назив установе :		Мјесто :	
Телефон :			
<b>ПОПУНИТИ ЗА СВЕ МР ПРЕГЛЕДЕ</b>			
Вриједност серумског креатинина :		На дан :	
Вриједност ГФР : _____			
Да ли је пацијент у другом стању ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је тјелесна тежина пацијента > 120 кг?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је фреквенца рада срца испод 70, (може и са медикаментима) ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Може ли, по мишљењу љекара, пацијент физички да уђе у отвор пречника 70 цм ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли пацијент може бити комуникативан током прегледа ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
(а) Да ли пацијент има метално страно тијело (имплантат, гелер,...) ?		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
(б) Да ли је пацијенту имплантиран ел. уређај (пејсмејкер, дефибрилатор итд.)		<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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]	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли пацијент може бити миран током прегледа ? [потребна анестезија]	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Да ли је анестезиолошки обрађен ? [уколико је потребно]	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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] :	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Не
Преглед са контрастом или не ?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> 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.**

**Потврђујем да је пацијент упознат са процедуром радиолошке дијагностике и сматрам да је физички и психички способан да приступи истој. Пацијент је сагласан са заказаним термином и потписао је изјаву о прихватању термина у доле 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 :	Бр. протокола :
Напомена:		

### **ПРИЛОГ УПУТНИЦЕ**

- Обавезно прије обављања заказаног прегледа доставити сву медицинску документацију, нарочито слике ранијих радиолошких прегледа .
- Уз упутницу обавезно је одштампати припадајућа упутства за тражени преглед .
- Ако је доб пацијента  $\leq 7$  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 .
- Уколико је на упутници неопходно унијети вриједност креатинина, пацијент је обавезан донијети тражени налаз у захтјеваном року у амбуланту породичне медицине или у установу гдје ће се обавити преглед, како би се и тај параметар унио и на тај начин омогућио тражени преглед.
- На званичној страници Фонда здравственог осигурања Републике Српске можете добити информацију о термину заказаног прегледа.