

Имя, фамилия _____

Дата рождения _____

Адрес _____

Просьба заполнить или прикрепить
наклейку пациента



РАДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
Хехштадт-на-Айше • Нюрнберг

Телефон: 09193- 50250 • телефакс: 09193-
50250

Контактное лицо: Др. мед. Н.
Вилке

КАРДИО-МРТ - РЕГИСТРАЦИОННЫЙ ФОРМУЛЯР

Диагнозы / история болезни (заполняется направляющим врачом)

Показания:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Общее состояние (инфаркт миокарда) | <input type="checkbox"/> Перикардит (констриктивный, рестриктивный) |
| <input type="checkbox"/> Функция ЛЖ + ПЖ | <input type="checkbox"/> Нарушения сердечного ритма |
| <input type="checkbox"/> Миокардит | <input type="checkbox"/> Гипертония / нефроангиография |
| <input type="checkbox"/> Функция клапанов | <input type="checkbox"/> Ангиография аорты |
| боль в области груди / стенокардия / "Женские
заболевания сердца" | <input type="checkbox"/> Опухоли |

Рост (см) _____ вес (кг) _____ пол м/ж _____ возраст _____

Заполняется персоналом радиологического центра (красное поле):

	Время	Давление	Пuls	Симптомы	Дополнительные медикаменты
до					
после					

Контрастное вещество (КВ) _____ Стресс-перфузионная функция

Доза КВ стрессовое состояние (мл): _____ **Рапискон - общая доза (мг):** _____

Доза КВ состояние покоя (мл): _____

Доза КВ для ЛЕ (мл): _____

Общая доза КВ (мл/кг): _____

Заполняется направляющим врачом:

Печать:

Имя, фамилия _____

Адрес _____

Телефон

телефакс

Дата
