

**MRT uuringu saatekiri**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Perekonna – ja eesnimi        |  |
| Isikukood                     |  |
| Saatev arst (nimi ja telefon) |  |
| Saatev osakond (raviasutus)   |  |
| Uuringu kuupäev ja kellaaeg   |  |

| MAGNETRESONANTSTOMOGRAAFILINE UURING   |  |                          |              |
|--|--|--------------------------|--------------|
|  | P  | V                        |              |
| <input type="checkbox"/> Aju   |  |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Orbitad   | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Õlaliiges    |
| <input type="checkbox"/> Kael  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Puus         |
| <input type="checkbox"/> Hüpfüüs (anamneesis kirurgia: JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> )              | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Küünarliiges |
| <input type="checkbox"/> Lülisamba kaelaosa  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Ranne        |
| <input type="checkbox"/> Lülisamba rinnaosa  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Labakäsi     |
| <input type="checkbox"/> Lülisamba lumbaalosa (anamneesis kirurgia: JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> ) | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Põlv         |
| <input type="checkbox"/> Magnetresonants kolangiopankreatograafia  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Hüppeliiges  |
| <input type="checkbox"/> Magnetresonants kolangiopankreatograafia ja pankreas  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/> | Labajalg     |
| <input type="checkbox"/> Maks  | <input type="checkbox"/> Temporomandibulaarne liiges |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Neerud  | MR ANGIOGRAAFIA                                      |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Neerupealised   | <input type="checkbox"/> Willis ring                 |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Kõht  | <input type="checkbox"/> Unearterid                  |                          |              |
| <input type="checkbox"/> Vaagen  | <input type="checkbox"/> Neeruarterid                |                          |              |
| Muu:   |  |                          |              |

Kliinilised andmed:

---



---



---

Uuringu eesmärk:

---



---

Kuupäev

Arsti allkiri

**Patsiendiinfo:** Teie arst on suunanud Teid magnetresonantstomograafilisele (MRT) uuringule. Magnetresonantstomograaf on diagnostiline aparaat, mis jäädvustab inimkeha kujutisi magnetvälja abil. Uuringuid teostatakse MRT treileris AS Mammograaf'is juures aadressil **Kotka 12, Tallinn**. Palun tulge 15 minutit enne saatekirjal märgitud kellaaega. Uuringule kulub koos ooteajaga umbes 1 tund.

**Kui Teile määratud uuringu aeg osutub ebasobivaks, palume kindlasti helistada telefonil 6274470 või mob. +372 5155405.**

**PALUN VARUGE ROHKEM AEGA VÕIMALIKE VIIVITUSTE PÄRAST.**

Palume Teil uuringu eelselt läbi lugeda ja allkirjastada nõusolek magnetresonantstomograafia (MRT) teostamiseks ning täita ja allkirjastada patsiendi MRT uuringu eelne küsitlusleht. Nimetatud lehed tuleb koos käesoleva saatekirjaga uuringule tules kaasa võtta.