

## MRT UURINGU SAATEKIRI

Ristiku 1, 80010 Pärnu, II korrus, E-korpus, kabinet E245  
Tel 5326 9619

Eesnimi: \_\_\_\_\_

Perekonnanimi: \_\_\_\_\_

Isikukood või sünniaeg: \_\_\_\_\_



Saatev arst (ees- ja perekonnanimi): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Saatev osakond/raviasutus: \_\_\_\_\_

Uuringu kuupäev: \_\_\_\_\_ Kellaeg: \_\_\_\_\_

MAGNETRESONANTSTOMOGRAAFILINE UURING			
<input type="checkbox"/>	Aju	P	V
<input type="checkbox"/>	Ninakõrvalkoopad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Olaliiges
<input type="checkbox"/>	Orbitad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Puus
<input type="checkbox"/>	Kael	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Künarliiges
<input type="checkbox"/>	Hüpfüüs (anamneesis kirurgia JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ranne
<input type="checkbox"/>	Lüüsamba kaelaosa (anamneesis kirurgia JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Labakäsi
<input type="checkbox"/>	Lüüsamba rinnaosa (anamneesis kirurgia JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Põlv
<input type="checkbox"/>	Lüüsamba lumbaalaosa (anamneesis kirurgia JAH <input type="checkbox"/> EI <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hüppeliiges
<input type="checkbox"/>	Pankreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Labajalg
<input type="checkbox"/>	Maks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Temporomandibulaarne liiges
<input type="checkbox"/>	Neerud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Süda
<input type="checkbox"/>	Neerupealised	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stressperfusioon
<input type="checkbox"/>	Prostata	<input type="checkbox"/> Muu	
<input type="checkbox"/>	Põis		
<input type="checkbox"/>	Kõht		
<input type="checkbox"/>	Vaagen		
Kontrastaine: <input type="checkbox"/> LUBATUD <input type="checkbox"/> KEELATUD		Ülitundlikkus kontrastainele: <input type="checkbox"/> JAH <input type="checkbox"/> EI	
S-Urea	_____ mmol/L	eGFR	_____ ml/min/1.73m <sup>2</sup>
S-Crea	_____ µmol/L	(eGFR > 30 ml/min/1.73m <sup>2</sup> võib jätkata Metformiini võtmist)	
<b>Raviarst on teadlik neerufunktsiooni väärtustest!</b>			

Kliinilised andmed ja uuringu eesmärk: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kuupäev: \_\_\_\_\_ Arsti allkiri: \_\_\_\_\_

**Palun tulge kohale 15 minutit enne saatekirjal märgitud kellaega kabineti E245 ukse taha. Kui Teile määratud uuringu aeg osutub ebasobivaks, palume kindlasti helistada radioloogia registratuuri telefonil 447 3561 või kabineti numbril 5326 9619.**