

НАПРАВЛЕНИЕ НА МРТ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

(после маммографии и УЗИ молочных желез)

Для записи на исследование необходимо представить данное направление, а также амб. карту и историю болезни (если пациент в стационаре), в которых имеется назначение МРТ

ФИО пациента _____ Дата рождения _____ Вес _____
Амб./стац. (подчеркните) Отделение _____ Амб. карта № _____ Ист. бол. № _____
Диагноз _____

Маммография: Дата _____ Заключение _____

УЗИ м/желез: Дата _____ Заключение _____

Во избежание ложноположит. результата МРТ МЖ рекомендуется проводить с 3 по 14 день цикла

Укажите: женщина в менопаузе или дата первого дня цикла _____

Недавняя биопсия молочной железы может оказать влияние на интерпретацию результатов МРТ

Укажите: биопсии за последние 2 недели не было или дата биопсии _____

Противопоказания для МРТ	Подчеркните	
	Да	Нет
Кардиостимуляторы и другие электронные имплантаты	Да	Нет
Искусственные клапаны сердца	Да	Нет
Ферромагнитные интракраниальные аневризмальные клипсы	Да	Нет
Ферромагнитные инородные тела (осколки, пули) в орбите	Да	Нет

Показания для МРТ молочных желез (выберите одно)		Примечание
<input type="checkbox"/>	Противоречие между данными маммогр. и УЗИ	РМЖ не верифицирован
<input type="checkbox"/>	Метастазы в подмышечных или надключичных лимфоузлах без первичного источника	
<input type="checkbox"/>	Предоперационное стадирование	РМЖ верифицирован. При обоснованном подозрении на мультицентрический или контрлатеральный рак
<input type="checkbox"/>	Нерадикальная органосохраняющая операция или подозрение на рецидив РМЖ	При R1 – МРТ не ранее чем через 1 месяц после операции. Не ранее 3 месяцев после луч. терапии
<input type="checkbox"/>	Оценка эффективности НАХТ рака МЖ	Не ранее, чем в середине ХТ-лечения. Должно быть МРТ до лечения
<input type="checkbox"/>	При высоком риске рака МЖ	Риск РМЖ более 20%, в т. ч. семейная история РМЖ, рака яичников и после лучевой терапии по поводу ЛГМ (платное исследование)
<input type="checkbox"/>	При имплантах в МЖ	Оценка положения и целостности импланта (при отсутствии РМЖ – платное исследование)
<input type="checkbox"/>	Другое (укажите)	Платное исследование

Врач-маммолог: ФИО _____ Конт. телефон _____ Подпись _____
Зав. отделом/отделением маммологии _____

Заполняется в кабинете МРТ

Дата назначенного МРТ м/желез _____ Время _____ Врач _____