

Dotazník pro pacienta před MR vyšetřením

Příjmení a jméno: Výška: cm

Rodné číslo: Váha: kg

Absolvovali jste v minulosti MR vyšetření? Ano Ne
- která oblast těla Vám byla vyšetřena?
- na kterém pracovišti?

Máte nebo jste měl/měla zavedený kardiostimulátor nebo defibrilátor? Ano Ne

Máte jiný implantát (kochleární implantát, inzulinovou pumpu,
umělý kloub, cévní výstuže, chlopenní náhrady, žilní filtry,
kovové dlahy a šrouby)? Ano Ne
- jestli ano, uveďte jaké

Měl/měla jste v minulosti úraz při kterém se Vám do těla mohly
dostat kovové předměty (jehly, střepiny, projektily, dráty) Ano Ne
- jestli ano, uveďte jaké

Máte zubní protézu, rovnátka, piercing nebo tetování? Ano Ne

Jste alergický/alergická? Ano Ne

Máte renální insuficienci (ledvinné selhávání)? Ano Ne

Měl/měla jste nebo máte klaustrofobii
(strach z uzavřených prostor)? Ano Ne

Pro pacientky: jste těhotná nebo kojíte? Ano Ne
- jestli jste těhotná, uveďte ve kterém jste měsíci

Prohlášení pacienta:

Svým podpisem potvrzuji, že jsem textu porozuměl, pravdivě odpověděl na uvedené otázky a nezatajil žádné onemocnění ani jiné důvody které by mohly být překážkou MR vyšetření.

V Hodoníně, dne:
podpis pacienta ev. zákonného zástupce

Potvrzení o kontrole informací:

Před vyšetřením byl pacient dotazovaný o možných kontraindikacích MR vyšetření. Žádné významné kontraindikace nebyly shledány.

.....
podpis radiol. asistenta/sestry

.....
podpis lékaře (ve sporných případech)