

Informacije/upitnik za pacijente

u vezi sa magnetnom rezonantnom tomografijom



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Štovana pacijentice, štovani pacijentu

Pošto se tomografija magnetnom rezonancom provodi u jakom magnetnom polju, u svom tijelu ili na svom tijelu ne biste trebali nositi određene metale. Uređaji kojima se upravlja elektroničkim putem ili chip kartice se zbog magnetnog polja mogu onesposobiti ili uništiti. Iz tih razloga moramo postaviti sljedeća pitanja, čije nam razumijevanje, kao i odgovaranje na njih, morate potvrditi u pisanoj formi.

Oprez!

Prije nego što uđete u prostoriju za pregled morate odložiti sljedeće predmete: satove, nakit, lisnicu, novčanik, kovani novac, naočale, zubnu protezu, slušni aparat, kopče za kosu, igle za kosu i dijelove za kose.

Kreditne kartice odnosno sve kartice s magnetnom trakom bi se zbog jakog magnetnog polja izbrisale prilikom ulaska u prostoriju za pregled.

Ove predmete možete deponirati u ormariću koji se zaključava u garderobi. Za pregled je važno da se svučete do donjeg rublja, pošto i u različitim materijalima može biti sadržan metal. Osobe iz pratnje koje s Vama ulazu u prostoriju za pregled moraju također imati u vidu naprijed navedene točke!

Prezime:	<input type="text"/>
Ime:	<input type="text"/>
Datum rođenja:	<input type="text"/>

Da li neki od sljedećih predmeta nosite u ili na svom tijelu?

	Da	Ne
- Pacemaker/defibrilator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Neurostimulator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Inzulinska pumpa/pumpa za lijekove ili senzor za glukozu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cochlea-Implantat (Implantat za unutarnje uho)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ventrikulo-peritonealni Shunt (VP-Shunt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kvačica za aneurizmu cerebralne arterije?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Slušni aparat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mobilna zubna proteza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Piercing/Tetovaža?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Da li imate komadiće metala ili ozljede od vatrenog oružja?

Da Ne

Da li patite od nekog oboljenja bubrega ili poremećaja bubrežne funkcije?

Da Ne

Patite li od alergija?

Da Ne

Ako da, koji?

Jeste li ikada bili hospitalizirani zbog ozbiljne alergijske reakcije? Da Ne

Vaša visina: cm

Vaša težina: kg

Pitanje za pacijentice

Da Ne

Da li ste ili da li biste mogli bit trudni?

Da Ne

Kod postojeće trudnoće: koji mjesec?

Podrazumijeva se da kod postojanja nejasnoća u svakom trenutku možete postaviti pitanja.

Potvrđujem da sam razumeo(la) /razumio(la) gore navedene informacije i da sam na sva pitanja istinito odovorio(la).

Datum:

Potpis:

Visum MTRA:

