

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Магнитно-резонансная томография (МРТ)



MEDIZINISCH
RADIOLOGISCHES
INSTITUT

Многоуважаемый пациент,

поскольку для проведения исследования МРТ необходимо создание сильного магнитного поля, Вам необходимо удалить изделия из определенных металлов из или от Вашего тела. Магнитное поле может нарушить работу электронных приборов или карточек с чипами или совсем вывести их из строя. По этой причине мы просим Вас письменно подтвердить, что Вы поняли следующие вопросы, и ответить на них.

Внимание!

Пожалуйста оставьте за пределами кабинета МРТ следующие предметы: часы, украшения, кошелек, бумажник, монеты, очки, зубные протезы, слуховой аппарат, заколки, шпильки, шиньоны. Сильное магнитное поле в кабинете МРТ приведет к удалению информации с кредитных, а также любых других карточек с магнитной полосой. Все эти предметы Вы можете запереть в ячейке сейфа в гардеробе. Для исследования важно, чтобы Вы разделились до нижнего белья, так как металл может содержаться и в различных материалах. Лица, сопровождающие пациента в

кабинете МРТ, также должны соблюдать вышеперечисленные пункты!

В зависимости от цели исследования может быть необходимо введение контрастного вещества. Побочные эффекты при применении используемых нами контрастных веществ встречаются крайне редко.

Разумеется, Вы в любое время можете обратиться к нам с вопросами.

Фамилия:	<input type="text"/>
Имя:	<input type="text"/>
Дата рождения:	<input type="text"/>

носите ли Вы следующие предметы или были ли Вам имплантированы следующие приборы?	да	нет
- Водитель сердечного ритма/дефибрилятор?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Нейростимулятор?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Дозатор инсулина/ других медикаментов или измеритель глюкозы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Кохлеарный имплантат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Вентрикулоперитонеальный шунт?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Жажим артерии головного мозга?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Слуховой аппарат?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Съёмные зубные протезы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Пирсинг/татуировки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Перенесли ли Вы осколочное или пулевое ранение?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Страдаете ли Вы почечными заболеваниями или почечной недостаточностью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Известны ли аллергии? Если да, какие?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Были ли вы когда-нибудь госпитализированы из-за тяжелой аллергической реакции? да нет

Ваш рост: см Ваш вес: кг

Дополнительные вопросы для пациенток	да	нет
Беременны ли Вы или есть вероятность того, что Вы беременны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
При беременности: на каком месяце? <input type="text"/>		

Предоставленная информация мне ясна, на все вопросы мною даны исчерпывающие ответы.

Дата: <input type="text"/>	Подпись: <input type="text"/>	Завизировано лаборантом- радиологом: <input type="text"/>
----------------------------	-------------------------------	--

