

Upitnik za pacijente

u vezi sa magnetnom rezonantnom tomografijom

Veoma poštovana pacijentice, veoma poštovani pacijentu,

Pošto se pregled magnetnom rezonantnom tomografijom sprovodi u jakom magnetnom polju, određene metale ne smete (smijete) nositi na ili u svom telu (tijelu.)

Elektronski kontrolisani (kontrolirani) aparati ili čip karte mogu biti onesposobljeni ili uništeni u magnetnom polju. Iz ovih razloga Vam moramo postaviti sledeća (slijedeća) pitanja čije razumevanje (razumijevanje) i odgovore morate pismeno potvrditi.

Pažnja!

Pre (prije) nego što stupite u prostoriju za pregled, morate ostaviti sledeće (slijedeće) predmete: sat, novčanik, nakit, metalni novac, kontaktna sočiva (leće), zubne proteze, sluš-

ne aparate, ukosnice i umetke od kose. Molimo Vas da pre (prije) pregleda uklonite šminku sa lica. Kreditne kartice i slično će biti nepovratno obrisane u slučaju da ih unesete u prostoriju za pregled.

Sve osobe u pratnji pacijenta a koje ulaze u prostoriju za pregled, moraju se pridržavati ovih pravila.

Prezime:	<input type="text"/>
Ime:	<input type="text"/>
Datum rođenja:	<input type="text"/>
Težina/Visina:	<input type="text"/> kg <input type="text"/> cm

Da li je u vasem telu (tijelu) ugradjen jedan ili vise od ovih aparata?	Da	Ne
<input type="checkbox"/> Regulator srčane funkcije (pejsmejker)/Defibrilator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nervni stimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Insulinska pumpa/Pumpa za medikamente (lijekove)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Slušni aparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zubnu protezu (koju možete izvaditi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Piercing/Tätowierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Da li imate u telu (tijelu) metalne komadiće ili ozljede od vatrenog oružja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Da li patite od nekog bubrežnog oboljenja ili nekog poremećaja funkcije bubrega?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Da li imate alergije? Ukoliko imate, koje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dodatna pitanja za pacijentkinje	Da	Ne
<input type="checkbox"/> Da li ste u drugom stanju (trudni) ili bi to mogli biti? Ako jeste, u kome mesecu (mjesecu) trudnoce?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Da li trenutno dojite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

U slučaju nekih nejasnoća, slobodno nam se obratite!

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

Datum:

Potpis:

Visum MTRA: