

АНКЕТА ТА ІНСТРУКТАЖ ПАЦІЄНТА ПЕРЕД МРТ-ОБСЛЕДЖЕННЯМ

Прізвище та ім'я.....

Ідентифікаційний номер

Необхідне обстеження.....

Страхова компанія Зріст.....см Вагакг Номер телефону

Шановна пані, шановний пане, під час обстеження в нашому відділенні ви перебуватимете в сильному магнітному полі й одночасно піддаватиметеся впливу високочастотних електромагнітних імпульсів.

ТОМУ, ЯКЩО У ВАС Є КАРДІОСТИМУЛЯТОР АБО ДЕФІБРИЛЯТОР, ВАМ В ЖОДНОМУ РАЗІ НЕ ДОЗВОЛЕНО ПРОХОДИТИ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНЕ ОБСТЕЖЕННЯ!!! НЕ ПІДХОДЬТЕ ДО ПРИСТРОЮ!

Показання та можливе протипоказання пацієнта до МРТ-обстеження визначає направляючий лікар.

Уважно заповніть наступну анкету та обведіть правдиву відповідь.

У мене є кардіостимулятор і /або дефібрилятор (пристрій, що впливає на діяльність серця)	ТАК	НІ
Раніше мені імплантували кардіостимулятор, електроди залишилися в тілі	ТАК	НІ
У мене імплантований інфузійний насос (наприклад, для дозування інсуліну)	ТАК	НІ
У мене імплантований монітор життєво важливих функцій або нейростимулятор	ТАК	НІ
У мене металеві затискачі після операції мозку, судин (кліпси, спіралі для емболізації)	ТАК	НІ
У мене кохлеарний імплант (слуховий апарат)	ТАК	НІ
У мене є металеві/електронні/титанові імплантати (заміни суглобів, металеві пластини або гвинти)	ТАК	НІ
У мене є стернальний імплантат для лікування впалої грудної клітки	ТАК	НІ
У мене імплантовані серцеві клапани (механічні або біологічні)	ТАК	НІ
У мене металеві чужорідні тіла в оці або в інших місцях тіла (осколки, шпори)	ТАК	НІ
У мене в тілі є стенти (зміцнення судин) або венозні фільтри	ТАК	НІ
У мене важке захворювання нирок (діаліз)	ТАК	НІ
Я після пересадки печінки чи нирки	ТАК	НІ
Я після нейрохірургічної чи іншої операції (якої, коли)	ТАК	НІ
У мене є стимулятор сечового міхура	ТАК	НІ
У мене є пірсинг, тату або перманентний макіяж	ТАК	НІ
У мене зубні протези, коронки, брекети	ТАК	НІ
У мене алергія на ліки, дезінфекцію або контрастну речовину	ТАК	НІ



Акціонерне товариство Транспортної охорони здоров'я
ПОЛІКЛІНІКА AGEL Прага Італска
вул. Італска 560/37, 121 43, м. Прага 2
Ідентифікаційний номер: 25903659

Відділ магнітно-резонансної томографії
тел.: +420 221 087 667
e-mail: mr@po.agel.cz

У мене **клаустрофобія** (я боюся закритих приміщень) **ТАК НІ**
Я **вагітна** (якщо ТАК, вкажіть тиждень/місяць) або **годою груддю** **ТАК НІ**

Якщо ви у будь-якого пункту вказали **ТАК**, негайно **ПОВІДОМІТЬ** про це співробітників відділення магнітно-резонансної діагностики!!!

МЕТАЛЕВІ ЧАСТИНИ МОЖУТЬ призвести до травм або пошкодження пристрою!

Альтернативи обстеження: ультразвук, рентген, комп'ютерна томографія, сцинтиграфія, ПЕТ/КТ

Перед тим як зайдете у кабінет для обстеження, ВІДКЛАДІТЬ у кабінці: годинники, ключі, дрібні металеві монети, ювелірні вироби, металеві шпильки, ремені, слухові апарати, окуляри, контактні лінзи, зубні протези, банківські картки з магнітною смугою, мобільні телефони, фіксатори, протези тощо!!!

Обстеження триває 20-50 хвилин, проводиться в кілька серій і не викликає болю. Під час обстеження ви почуєте гучне клацання, яке є частиною обстеження. Для захисту від шуму ви можете використовувати вушні затички або навушники. Під час обстеження ви можете відчутти легке тепло в досліджуваній ділянці тіла. У разі будь-якої нудоти або неприємних відчуттів ви можете негайно звернутися до співробітників магнітно-резонансного кабінету за допомогою сигнального дзвіночка, який буде у вас в руці. Під час огляду необхідно лежати спокійно і не рухатися!

Я підтверджую, що я відповідав (відповідала) на всі питання правдиво і нічого не приховував (не приховувала).

Я заявляю, що я зрозумів (зрозуміла) інструкцію та **У МЕНЕ НЕМАЄ КАРДІОСТИМУЛЯТОРА.**

Я заявляю, що я міг (могла) поставити додаткові запитання, на які отримав (отримала) задовільну відповідь.

У мене немає жодних додаткових питань.

м. Прага, дата

.....
ПІДПИС ПАЦІЄНТА (або його законного працівника – відносини до пацієнта)

.....
Підпис працівника МРТ відділення, який перевіряв дані