АНКЕТА ПАЦИЕНТА МРТ

Для уточнения Вашего состояния, наличия противопоказаний к проведению МРТ, в том числе с контрастным усилением, просим Вас ознакомиться с анкетой и ответить на вопросы. Просим Вас поставить галочку в соответствующей графе, соответствующей Вашему состоянию:

	да	нет
Вас когда-нибудь оперировали ранее?		
Были ли у вас ранения (например, пулевые, шрапнелью и т.п.)		
Вы работали с токарными станками или у Вас когда-либо было ранение глаза металлическим объектом (например, металлические осколки, стружка, инородные тела и т.п.)		
Есть ли у Вас клаустрофобия? (боязнь замкнутого пространства)		
Есть ли у Вас анемия или другие заболевания крови?		
Были ли у Вас судорожные припадки?		
Были ли у Вас (или есть) онкологические заболевания?		
Были ли у Вас заболевания почек, астма или аллергические реакции на какие-либо вещества?		
Была ли у Вас когда-либо реакция на контрастный препарат, применяемый при МРТ или КТ?		
Беременны ли Вы, или подозреваете беременность? Кормите ли Вы грудью?		
Принимаете ли Вы оральные контрацептивные препараты, проходите ли Вы гормонотерапию?		
Проходите (или проходили ранее) ли Вы химиотерапию, лучевую терапию?		

Ранее выполненные обследования:

ПРОЦЕДУРА	ДАТА И ОБЛАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ
Компьютерная томография	
Радиоизотопная диагностика (ПЭТ, ОФЭКТ, сцинтиграфия)	
Магнитно-резонансная томография	

Наличие следующих предметов при исследовании может быть опасно для жизни или может испортить МР-исследование. Укажите, есть ли у Вас что-либо из нижеперечисленного:

	да	нет
Водитель сердечного ритма		
Имплантированный сердечный дефибриллятор		
Сосудистые клипсы		
Протез сердечного клапана		
Нейростимулятор		
Имплантированный инсулиновый насос		
Металлическое устройство фиксации шеи и/или позвоночника		
Слуховой аппарат, ушной протез		
Любой тип внутрисосудистых фильтров, сеток и т.п.		
Протез орбиты/глаза		
Любой тип хирургического клипа (скрепки)		
Внутрижелудочковый шунт		
Любой имплантированный ортопедический объект (например, искусственный сустав, штифт, шуруп, пластина, проволока и т.п.)		
Зубные протезы		
Татуировка линии глаз или на коже другой области тела		

Если было отмечено хотя бы одно «да», МР-исследование может быть противопоказано. Приведенная выше информация будет просмотрена перед определением возможности выполнения сканирования. Вам желательно удалить макияж с глаз; снять протезы, вынуть заколки, снять серьги или клипсы, снять ожерелья, часы, слуховой аппарат и очки.

Укажите массу Вашего тела: ☐ кг Ваш рост: ☐ см

Я подтверждаю, что приведенная выше информация, насколько мне известно, верна. Я прочел (прочла) и понял (поняла) содержание всей этой формы и имел (имела) возможность задать вопросы об информации на этой форме, и согласен (согласна) на проведение исследования. Я предупрежден(а) о возможности развития аллергических реакций на введение контрастного препарата.

Дата: «_____»_____г.

Подпись пациента: _____/ФИО/_____

Подпись врача/рентгенолаборанта: _____