

VPRAŠALNIK – MAGNETNA REZONANCA S KONTRASTNIM SREDSTVOM

Prosimo vas, da na naslednja vprašanja odgovorite z DA ali NE (obkrožite)

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Ali ste že bili na magnetnoresonančni preiskavi? | DA | NE |
| 2. Ali imate klavstrofobijo - strah pred zaprtim prostorom? | DA | NE |
| 3. Ali ste bili kdaj operirani? Prosimo, naštejite vse operativne posege in datume izvedbe: | | |

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Ali imate v vašem telesu kaj od naštetega?

- | | | |
|--|----|----|
| a. srčni spodbujevalnik (pace-maker) | DA | NE |
| b. kirurške sponke, anevrizmatski klip | DA | NE |
| c. kovinske opornice znotraj žile, sečevodov, žolčevodov (stent) | DA | NE |
| d. umetna srčna zaklopka | DA | NE |
| e. osteosintetični ali drug ortopedski material (umetne sklepe) | DA | NE |
| f. neurostimulator | DA | NE |
| g. implantirano inzulinsko ali infuzijsko črpalko | DA | NE |
| h. slušni aparat ali slušni implantant | DA | NE |
| i. očesna proteza ali umetna leča | DA | NE |
| j. zobna proteza ali mostiček | DA | NE |
| k. maternični vložek (IUD) | DA | NE |

V primeru, da ste na katero izmed zgornjih vprašanj odgovorili z DA, vas prosimo, da pridobite certifikat o ustreznosti vstavljenega materiala (tu so izključeni materiali, ki jih vstavljuje zobozdravniki), kjer je navedena kompatibilnost z MR, datum in podpis izdajatelja potrdila (velja za vse kirurške tujke pred letom 2007).

- | | | |
|--|----|----|
| 5. Ste imeli kakšno poškodbo očesa? | DA | NE |
| 6. Ste bili kdaj poškodovani s kovinskim tujkom? | DA | NE |
| a) Ali so kovinske tujke odstranili? | DA | NE |

7. Ali imate kaj od spodaj naštetega?

- | | | |
|--|----|----|
| a) anemijo ali kakšno drugo bolezen krvi | DA | NE |
| b) kronično ledvično okvaro | DA | NE |
| c) sladkorno bolezen | DA | NE |
| d) astmo ali preobčutljivostno bolezen dihal | DA | NE |
| e) preobčutljivost na katerakoli zdravila | DA | NE |
- če ste obkrožili DA, napišite katera

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- | | | |
|--|----|----|
| 8. Ali ste kdaj imeli alergično reakcijo na kontrastno sredstvo? | DA | NE |
| 9. Ali imate poznane hude alergije ali hudo atopično bolezen? | DA | NE |
| 10. Za pacientke: | | |
| a) Ali ste noseči? | DA | NE |
| b) Ali dojite? | DA | NE |

V primeru, da gre za osebo s posebnimi potrebami, naprošamo spremstvo, da med preiskavo počaka v čakalnici.

SOGLASJE ZA IZVEDBO MR S KONTRASTNIM SREDSTVOM

Zaradi močnega magnetnega polja v magnetnoresonančnem prostoru moramo pred preiskavo vedeti, ali se v vašem telesu morda nahajajo kovinski delci oziroma tujki, ki lahko motijo preiskavo, lahko pa so tudi nevarni. Prosimo vas, da natančno preberete navodila in izpolnite soglasje. V primeru nerazumevanja katerega od vprašanj, se obrnite na strokovno osebje (radiološkega inženirja, radiologa).

Ime in priimek

Datum rojstva

Spol M / Ž

Telesna teža

kg

Telesna višina

cm

VZROK ZA IZVEDBO PREISKAVE

1. Napotitev lečečega specialista ali osebnega zdravnika

V tem primeru prosimo, da prinesete s seboj na preiskavo kopije vseh izvidov specialista ali napotnico osebnega zdravnika.

2. Zdravstvene težave

V tem primeru prosimo, da na kratko opišete zdravstvene težave, zaradi katerih prihajate na MR preiskavo:

3. Prosimo, da če ste v preteklosti že imeli MR/CT slikanja, zaradi primerjave prinesete slike in izvide s seboj na preiskavo, vrnili vam jih bomo skupaj z novimi slikami in izvidom preiskave.

S podpisom potrjujem, da sem prebral(a) in razumel(a) navodila in pogoje ter soglašam s preiskavo.

Datum

Podpis preiskovanca/staršev/skrbnika

Podpis inženirja

Izpolni inženir / radiolog

Preiskovanka/ec

prejme

(doza v ml)

paramagnetnega kontrastnega sredstva

(ime KS).

Aplikacija drugih zdravil med preiskavo:

Podpis inženirja

Ime in priimek radiologa ter njegov podpis: