

Prosimo vas, da skrbno preberete, izpolnite vprašalnik in podpišete soglasje!

ČE IMATE VSTAVLJEN SRČNI SPODBUJEVALNIK (PACE MAKER) ALI IMATE KAKŠNA DODATNA VPRAŠANJA V ZVEZI Z NAČRTOVANO PREISKAVO NAS PROSIM POKLIČITE NA TELEFONSKO ŠTEVILKO 03 423 3892.

osebni
podatki

PRIIMEK IN IME

TELEFONSKA ŠTEVILKA

SPOL MOŠKI ŽENSKI DATUM ROJSTVA TEŽA VIŠINA

☐ ☐ _____ _____ kg _____ cm

vprašalnik

DA NE

Ali ste že kdaj opravili magnetno resonanco (MR)?	☐	☐
Ali ste imeli kakršnokoli operacijo?	☐	☐
Naštejte vse operativne posege (po možnosti tudi datume):		
Imate kaj od naštetega v/na svojem telesu:		
- Srčni spodbujevalnik (pace - maker)?	☐	☐
ČE IMATE VSTAVLJEN SRČNI SPODBUJEVALNIK (pace - maker) NAS POKLIČITE!		
- Stent - kovinska opornica znotraj žile, sečevodov ali žolčevodov?	☐	☐
- Umetno srčno zaklopko?	☐	☐
- Kirurške sponke ali anevrizmatski klip?	☐	☐
- Slušni implantat ali umetno lečo?	☐	☐
- Očesno protezo?	☐	☐
- Nevrostimulator ali implantirano črpalko?	☐	☐
- Osteosintetski ali drug ortopedski material - umetne sklepe, kirurške sponke, vijake?	☐	☐
- Senzor za neprekinjeno merjenje glukoze (krvnega sladkorja)?	☐	☐
<i>V primeru, da ste na katerokoli zgornje vprašanje odgovorili z "DA", s seboj prinesite potrdilo operaterja o združljivosti vsadka z MR preiskavo (1,5 T).</i>		
- Snemljivo zobno protezo ali mostiček?	☐	☐
- Večjo tetovažo, trajni make-up, piercing?	☐	☐
- Ste bili kdaj poškodovani s kovinskim tujkom?	☐	☐
<i>Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z "DA" - so ga odstranili?</i>	☐	☐
- Ste imeli kdaj poškodbo očesa?	☐	☐
- Imate klavstrofobijo (občutek strahu v zaprtem prostoru)?	☐	☐
- Imate bolezen ledvic?	☐	☐
- Imate alergijo na zdravila?	☐	☐
- Ste že imeli alergijsko reakcijo na kontrastno sredstvo?	☐	☐
Dodatni vprašanja za ženske		
- Ste noseči?	☐	☐
- Dojite?	☐	☐

OBRNITE →



soglasje

SOGLASJE ZA PREISKAVE S KONTRASTNIM SREDSTVOM

Vsa možna pojasnila in zapleti so bili pacientu predhodno posredovani in se je imel možnost z njimi seznaniti že ob prejemu vabila na preiskavo.

S podpisom potrjujem, da sem pisno informacijo o MR preiskavi razumel in da sem seznanjen z možnimi zapleti, da razumem potek preiskave ter se z njo strinjam. Za morebitna dodatna vprašanja in pojasnitve, ki niso vključene v del opredeljenih tveganj na obrazcu ali spremnem dokumentu, lahko zahtevam ustni pogovor pred preiskavo z zdravnikom.

Soglašam tudi z možnostjo aplikacije kontrastnega sredstva in drugih zdravil, za katere se odloči radiolog, ki pomagajo k zanesljivejši diagnozi (obkrožite odločitev).

SOGLAŠAM

NE SOGLAŠAM

Podpis pacienta, sorodnika, starša ali skrbnika: _____

Datum: _____