

Upitnik za MR pretragu

Ime i prezime pacijenta: _____
(ime, prezime, datum i godina rođenja)

Molimo pročitajte pažljivo pitanja i popunite odgovore kako bismo mogli ispuniti zahtjeve vezane uz sigurnost tijekom snimanja i kvalitetu pregleda.

1. Jeste li trudni? DA _____ NE
(ako da, navesti koliko dugo)
2. Jeste li bili operirani? DA _____ NE
(ako da, navesti vrstu operacije, kada je rađena i ustanovu)
3. Jeste li operirali žučni mjehur? DA NE
4. Jeste li operirali krvne žile? DA NE
5. Postoji li mogućnost da imate operacijski ugrađene metalne kopče? DA NE
6. Imate li ugrađen
 - kontracepcijski uložak ili spiralu? DA NE
 - srčani stimulator -pacemaker? DA NE
 - umjetni zalistak u srcu? DA NE
 - implantat u krvnim žilama srca? DA NE
 - implantat u mokraćnom mjehuru? DA NE
 - slušni implantat? DA NE
 - potkožni injektor lijekova? DA NE
 - bilo kakav drugi implantat? DA NE
7. Imate li ugrađeni implantat ili metalne predmete u glavi? DA NE
8. Jeste li ikada imali metala u tijelu (geleri, industrijski rad, prometna nesreća i sl. nezgode)?
DA NE
9. Imate li ugrađene metalne zglobove proteze, vijke ili metalne pločice u kostima?
DA NE
10. Jeste li alergični na neku hranu ili lijekove? DA NE

Vrijednost serumskog kreatinina: _____ (nalazi stari max. do 1mj.)

Potvrđujem pristanak na MR dijagnostičku pretragu i da su gore navedeni odgovori istiniti, što vlastoručno potpisujem.

Datum: _____ / _____ / 2022

Potpis: _____