

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: ____ / ____ / 2023

Potpis: _____