



DOTAZNÍK PŘED VYŠETŘENÍM MAGNETICKOU REZONANCÍ (MR)

Pacient Jméno: <input type="text"/>	Tel. číslo: <input type="text"/>
Příjmení: <input type="text"/>	Pojišťovna: <input type="text"/>
Rodné číslo: <input type="text"/>	Výška/Váha: <input type="text"/> cm/kg

Dotazník vyplňujte pečlivě a pravdivě!

Pokud zaškrtnete **ANO**, vždy uveďte bližší údaje (o jaký implantát jde, datum operace apod.)!

Máte zavedený kardiostimulátor nebo defibrilátor (=ICD, kardioverter)? Nebo Vám byl vyjmut?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Jste po operaci výdutě mozkové tepny (aneuryzmatu)? Kdy?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Jste po jiné operaci (např. srdeční chlopně, srdečního by-passu, operaci mozku, cév, oka, ledvin)? Kdy?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Jste po operaci umělého kloubu nebo zlomeniny kosti (kloubní náhrady, kovové dlahy, šrouby)? Kdy?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Máte cévní výztuž (stent, spirálky) nebo žilní filtr?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Jste nositelem elektronických implantátů (inzulínová pumpa, kochleární implantát, naslouchadlo)?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Máte kovovou střepinu v oku nebo cizí kovový předmět v těle (jehlu, drát, dlahu, kov. střepinu, broky)?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Máte vyjímatelnou zubní protézu?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Trpíte strachem z uzavřených prostor (klausrofobie)?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Trpíte významnou alergií, léčíte se se závažným onemocněním ledvin nebo jste diabetik?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Kojíte nebo jste těhotná? Pokud ano, kolik týdnů?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>
Byl/a jsem poučena o rizicích podání kontrastní látky nitrožilně a souhlasím s jejím podáním.	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>

Prohlašuji, že jsem textu plně porozuměl/a a souhlasím s navrhovaným vyšetřením.

Datum a podpis pacienta (příp. zákonného zástupce)

Kontraindikace k MR vyšetření byly shledány (vyplní naše pracoviště)

 ANO NE

Podpis radiologického asistenta/sestry

Podpis lékaře (ve sporných případech)