

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПЕРЕД МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫМ
ИССЛЕДОВАНИЕМ**

Ф.И.О. Пациента _____
Дата рождения ____/____/____ Полных лет ____ Пол ____ Рост ____ Вес ____
Дата исследования ____/____/____

На каком **носителе** хотите получить результаты (**диск или пленка**) **Кол-во** _____

Какое лечебное учреждение направляет, специальность врача _____

Жалобы в день исследования:

Область исследования _____

Цель исследования _____

Использование контраста _____

Необходима ли Вам **консультация** нашего специалиста по результатам исследования _____

1. Проходили ли Вы **ранее** магнитно-резонансное обследование **да нет**

в том числе **исследуемой области** **да нет**

если да, имеются ли у вас результаты предыдущего исследования **да нет**

2. Возникали ли у Вас какие-то проблемы во время предыдущего МРТ исследования _____ **да нет**

если да, укажите какие _____

3. Есть ли у Вас аллергические реакции, бронхиальная астма, заболевания дыхательной системы, реакции на введение контрастных веществ? **да нет**

если да, укажите какие _____

4. Страдаете ли Вы клаустрофобией _____ **да нет**

4. Страдаете ли Вы какими-либо **хроническими** заболеваниями **да нет**

в том числе заболеваниями **почек** **да нет**

если да, то какими _____

5. Переносили ли Вы какие-либо **оперативные** вмешательства (в том числе артроскопические, эндоскопические) **да нет**

если да, то какие _____

6. Имеются ли у вас соединения костей (штифты, винты, гвозди, проволока, пластины, стимулятор сращения тканей т.п.) _____ **да нет**

7. Имеются ли у Вас **кардиостимуляторы**, протезы сердечных клапанов, стенты, сосудистые клипсы, в том числе церебральных аневризм, клапаны шунтов холтерского типа, сосудистые катетеры? **да нет**

8. Имеется ли у Вас любые **протезы** (конечность, глаз, сустав и т.д.), имеющий в конструкции ферромагнетик (железо и др.), хирургические крючки, скобки, пирсинг, внутриматочная спираль, металлические швы, пружина или проволока века глаза, металлический катетер (мочевого пузыря), имплант из проволоочной сетки? _

да нет Если да, укажите что именно _____

9. Имеются ли у Вас какие-либо импланты (хрусталика глаза, кохлеарные импланты, слуховой аппарат, импланты пениса Digraphase или Omnipphase) _____ **да нет** Если да, то укажите

какие _____

10. Были ли у Вас ранения тела или глаза металлическими предметами (пуля, дробь, металлический осколок)? _____ **да нет**

11. Имеется ли у Вас имплантированное устройство введения лекарственных средств? _____ **да нет**

Для женщин:

13. Дата последнего менструального цикла ____/____/____ Менопауза? _____ **да нет**

14. Вы беременны или есть задержка менструации? _____ **да нет**

15. Кормите ли Вы грудью в настоящее время? _____ **да нет**

Я подтверждаю, что вышеприведенная информация является достоверной (насколько мне известно). Я ознакомился и полностью понял все содержимое данного бланка и имел возможность задать все необходимые вопросы относительно информации данного бланка.

Подпись пациента _____

Подпись (с расшифровкой) лица, собиравшего информацию _____