

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ
ТОМОГРАФИИ**

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 на день исследования: _____

Область исследования _____

Цель исследования _____

Использование контраста _____

Необходима ли Вам консультация нашего специалиста по результатам исследования _____

■ Были ли Вы ранее оперированы? (в том числе артроскопия, эндоскопия) ____ да нет

1. Проходили ли Вы ранее компьютерную томографию? ____ да нет

● Возникали ли у Вас какие-то проблемы во время предыдущего КТ исследования ____ да нет
если да, укажите какие? _____

4. Есть ли у Вас бронхиальная астма, аллергические реакции (обратить внимание на йодосодержащие препараты), заболевания дыхательной системы, реакции на введение контрастных веществ?
да нет

Если да, укажите, какие _____

15. Страдаете ли Вы клаустрофобией? _____ да нет

16. Страдаете ли Вы заболеваниями сердечно-сосудистой системы? _____ да нет
Если да, то укажите, какими _____

17. Страдаете ли Вы заболеваниями почек? _____ да нет Если да, то укажите
какими _____

18. Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы? _____ да нет
Если да, то укажите, какими _____

Для женщин:

10. Дата последнего менструального цикла ____/____/____ Менопауза? ____ да нет

11. Вы беременны или есть задержка менструации? ____ да нет

12. 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.