

# СПб ГБУЗ «ДГБ Св. Ольги»

## АНКЕТА

для проведения магнитно-резонансной томографии

Фамилия.....Имя .....Отчество.....

Дата рождения.....Вес.....кг.

### Укажите, пожалуйста:

Были ли у пациента операции на сердце и головном мозге?..... Да [ ] Нет [ ]

Были ли ранения посторонним металлическим телом  
(например, пулей, осколком и т.д.)?..... Да [ ] Нет [ ]

Были ли ранения глаза металлическим объектом  
(металлическим осколком, стружкой и т.д.)? .....Да [ ] Нет [ ]

Была ли когда-либо реакция на внутривенное введение контрастных  
веществ при МРТ или КТ-исследованиях, другие аллергические реакции? ..... Да [ ] Нет [ ]

Нет ли у пациентки беременности, подозревается ли беременность? .... Да [ ] Нет [ ]

Испытывал ли пациент клаустрофобию (боязнь замкнутого пространства)? .....Да [ ] Нет [ ]

### Укажите, есть ли у пациента что-либо из перечисленного:

Сердечные водители ритма (кардиостимуляторы), а также любой другой  
тип электронного, механического или магнитного имплантата.....Да [ ] Нет [ ]

Металлические клипсы на сосудах, любой тип внутрисосудистых фильтров..... Да [ ] Нет [ ]

Протез сердечного клапана, глазной протез .....Да [ ] Нет [ ]

Съемные зубные протезы, слуховой аппарат .....Да [ ] Нет [ ]

Любой ортопедический имплантат (искусственный сустав, штифт,  
шуруп, пластинка, проволока и т.д.) .....Да [ ] Нет [ ]

Перед исследованием пациенту нужно удалить макияж с глаз, снять металлические пряжки, снять протезы и слуховой аппарат, вынуть заколки, снять очки, часы и все украшения (серьги, кольца, ожерелья, пирсинг и т.д.), из карманов вынуть все металлические и электронные предметы и магнитные карточки. Во время исследования (15-40 мин) необходимо сохранять полную неподвижность.

**Я информирован(а), что в случае необходимости по указанию врача МРТ пациенту может быть проведено контрастное усиление (внутривенное введение парамагнитного контрастного препарата).**

**Я подтверждаю, что приведенная выше информация верна. Я прочел(-а) и понял(-а) содержание всей этой формы, имел(-а) возможность задать вопросы, и согласен(-а) на исследование.**

Подпись пациента (родителя) \_\_\_\_\_

Число \_\_\_\_\_