

СПб ГБУЗ «ДГБ Св. Ольги»

АНКЕТА

для проведения магнитно-резонансной томографии

Фамилия.....ИмяОтчество.....

Дата рождения.....Вескг.

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 протезДа [] Нет[]

Съемные зубные протезы, слуховой аппаратДа [] 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 _____