

Dotazník před vyšetřením magnetickou rezonancí (MR)

Příjmení a jméno : **Rodné číslo :**

Bydliště : **Výška/Váha :**/.....

Email : **Tel. č.:**

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?

NE ANO

Jste po operaci výdutě mozkové tepny (aneuryzmatu)? Kdy?

NE ANO

Jste po jiné operaci (např. srdeční chlopně, srdečního by-passu, operaci mozku, cév, oka, ledvin)? Kdy?

NE ANO

Jste po operaci umělého kloubu nebo zlomeniny kosti (kloubní náhrady, kovové dlahy, šrouby)? Kdy?

NE ANO

Máte cévní výztuž (stent, spirálky) nebo žilní filtr?

NE ANO

Jste nositelem elektronických implantátů (inzulínová pumpa, kochleární implantát, naslouchadlo)?

NE ANO

Máte kovovou střepinu v oku nebo cizí kovový předmět v těle (jehlu, drát, dlahu, kov. střepinu, broky)?

NE ANO

Máte vyjímatelnou zubní protézu?

NE ANO

Máte na těle tetování nebo piercing?

NE ANO

Trpíte významnou alergií (včetně kontrastních látek)?

NE ANO

Kojíte nebo jste **těhotná**? Pokud ano, kolik týdnů?

NE ANO

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) NE ANO