

ΕΝΤΥΠΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΗ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑΣ (MRI)

Ημερομηνία: _____ / _____ / _____

Αρ. Ταυτότητας: _____

Ονοματεπώνυμο: _____

Ηλικία: _____ Ύψος: _____ Βάρος: _____

Ημερομηνία Γεννήσεως
_____ / _____ / _____

Άρρεν Θήλυ Άλλο
Ανατομική Περιοχή υπό εξέταση: _____

Διεύθυνση Οικίας _____

Τηλέφωνο (οικίας) (_____) ____ - _____

Τόπος Διαμονής _____

Τηλέφωνο (κινητό) (_____) ____ - _____

Επαρχία _____ Ταχ. Κώδικας _____

Τηλέφωνο (εργασίας) (_____) ____ - _____

Αίτιο παραπομπής για εξέταση MRI ή/και συμπτώματα _____

Παραπέμπων Ιατρός _____

Τηλέφωνο (_____) ____ - _____

1. Έχετε υποβληθεί στο παρελθόν σε οποιοδήποτε χειρουργείο ή επέμβαση;

Όχι Ναι

Εάν απαντήσατε ΝΑΙ, παρακαλώ συμπληρώστε τις πιο κάτω σχετικές πληροφορίες:

Ημερομηνία _____ / _____ / _____ Τύπος χειρουργείου _____

Ημερομηνία _____ / _____ / _____ Τύπος χειρουργείου _____

2. Έχετε υποβληθεί στο παρελθόν σε οποιοδήποτε απεικονιστικό έλεγχο (MRI, CT, X-ray, US);

Όχι Ναι

Εάν απαντήσατε ΝΑΙ, παρακαλώ συμπληρώστε:

MRI _____
CT _____
X-Ray _____
US _____
NM _____
Άλλο _____

Ανατομική Περιοχή

Ημ. Εξέτασης _____ / _____ / _____

Διαγνωστικό Κέντρο

3. Έχουν παρουσιαστεί οποιαδήποτε προβλήματα σε προηγούμενη εξέταση σας με MRI;

Όχι Ναι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε: _____

4. Είχατε στο παρελθόν οποιοδήποτε τραυματισμό στα μάτια από μεταλλικό αντικείμενο ή θραύσμα

Όχι Ναι

(π.χ., μεταλλικά ρινίσματα, ξένα σώματα, κτλ.);

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε: _____

5. Είχατε στο παρελθόν οποιοδήποτε άλλο τραυματισμό από μεταλλικό αντικείμενο ή ξένο σώμα;
(π.χ., σκάγια, σφαίρες, θραύσματα, κτλ.);

Όχι Ναι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε: _____

6. Λαμβάνετε τώρα ή μέχρι πρόσφατα οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή;

Όχι Ναι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε: _____

7. Εκδηλώνετε αλλεργική αντίδραση σε οποιοδήποτε φάρμακο;

Όχι Ναι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε: _____

8. Έχετε ιστορικό άσθματος, αλλεργικής αντίδραση, αναπνευστικής πάθησης ή αντίδρασης κατά την χορήγηση σκιαγραφικών μέσων που χρησιμοποιούνται σε εξετάσεις MRI, CT ή X-Ray;

Όχι Ναι

9. Πάσχετε από αναυμία ή άλλες αιματολογικές παθήσεις ή έχετε ιστορικό νεφροπάθειας, νεφρικής ανεπάρκειας, μεταμόσχευσης νεφρού, υπέρτασης, ηπατικών παθήσεων, διαβήτη ή επιληπτικών κρίσεων;

Όχι Ναι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε: _____

Για γυναίκες ασθενείς:

10. Ημερομηνία τελευταίας έμμηνης ρύσης: _____ / _____ / _____

Μετεμηνοπαυσιακή?

Όχι Ναι

11. Είστε έγκυος ή παρατηρήσατε καθυστέρηση της περιόδου σας;

Όχι Ναι

12. Λαμβάνετε αντισυλληπτικά ή οποιαδήποτε ορμονοθεραπεία;

Όχι Ναι

13. Λαμβάνετε οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία υπογονιμότητας

Όχι Ναι

Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ περιγράψτε: _____

14. Θηλάζετε;

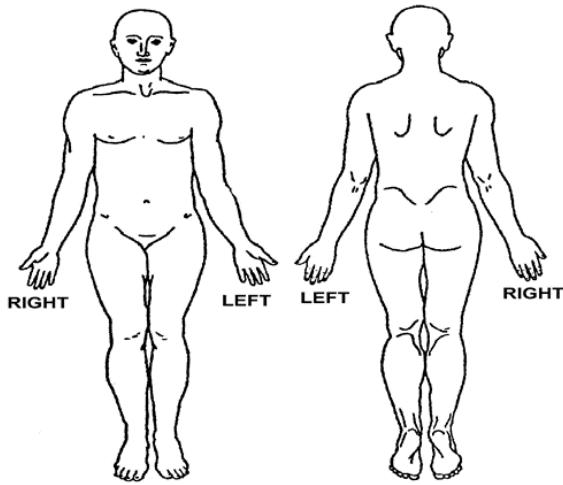
Όχι Ναι



ΠΡΟΣΟΧΗ: Συγκεκριμένα εμφυτεύματα, ιατρικές συσκευές ή αντικείμενα μπορούν να καταστούν επικίνδυνα για την ασφάλεια των ασθενών ή/και να παρεμβάλουν στην ομαλή λειτουργία του συστήματος MRI. Μην εισέργεστε εντός των ελεγχόμενων περιοχών του συστήματος MRI (Ζώνη 3 και 4) εάν έχετε αμφιβολία σχετικά με θέματα ασφάλειας που δύναται να προκύπτουν από εμφύτευμα, ιατρική συσκευή ή αντικείμενο που φέρετε. Συμβουλευτείτε τον επι καθήκον τί Ακτινολόγο ή Τεχνολόγο **ΠΡΙΝ** την είσοδο σας στον χώρο. Το μαγνητικό πεδίο του συστήματος είναι **PANTOTE** ενεργό.

- Ναι Όχι Κλιπ Ανευρύσματος
- Ναι Όχι Καρδιακός Βηματοδότης
- Ναι Όχι Εμφυτεύσιμος καρδιομετατροπέας-απινιδωτής (ICD)
- Ναι Όχι Ηλεκτρονικό εμφύτευμα ή συσκευή
- Ναι Όχι Μαγνητικά ενεργοποιούμενη πρόθεση ή συσκευή
- Ναι Όχι Σύστημα νευροδιέγερσης
- Ναι Όχι Διεγέρτης νωτιαίου μυελού
- Ναι Όχι Εσωτερικά ηλεκτρόδια ή καλώδια
- Ναι Όχι Διεγέρτης οστικής ανάπτυξης/επούλωσης
- Ναι Όχι Κοχλιασκά ή άλλα εμφυτεύματα μέσου ωτός
- Ναι Όχι Αντλία ινσουλίνης ή άλλη αντλία έγχυσης
- Ναι Όχι Εμφυτεύσιμη συσκευή έκλυσης φαρμάκου
- Ναι Οχι Οποιαδήποτε προσθετική (π.χ οφθαλμική, πεϊκή, κτλ.)
- Ναι Όχι Προσθετική καρδιακής βαλβίδας
- Ναι Όχι Βλεφαρικό ελατήριο ή σύρμα
- Ναι Όχι Τεχνητό ή πρόσθετο άκρο
- Ναι Όχι Μεταλλικό πλέγμα (stent), φίλτρο ή σπείραμα
- Ναι Όχι Βαλβίδα Παροχέτευσης
- Ναι Όχι Σύστημα αγγειακής προσπέλασης
- Ναι Όχι Ραδιενεργά εμφυτεύματα
- Ναι Όχι Swan-Ganz ή καθετήρας θερμοδιάλυσης
- Ναι Όχι Έμπλαστρο (Νικοτίνης, Νιτρογλυκερίνης)
- Ναι Όχι Μεταλλικό θραύσμα ή ξένο σώμα
- Ναι Όχι Εμφύτευμα συρμάτινου πλέγματος
- Ναι Όχι Διαστολέας ιστών (π.χ. μαστού)
- Ναι Όχι Χειρουργικοί συνδετήρες, κλιπ ή μεταλλικές ραφές
- Ναι Όχι Εμφύτευμα αρθρορρπλαστικής (ισχίου, γόνατος, κτλ.)
- Ναι Όχι Υλικά οστεοσύνδεσης (καρφιά, λάμες, βίδες, κτλ.)
- Ναι Όχι Ενδομήτριο σπείραμα, διάφραγμα
- Ναι Όχι Οδοντοστοιχίες ή γέφυρες
- Ναι Όχι Τατουάζ ή μόνιμο μακιγιάζ
- Ναι Όχι Κοσμήματα, σκουλαρίκια, κτλ.
- Ναι Νο Ακουστικά Βοηθήματα
- Ναι Όχι Άλλα εμφυτεύματα _____
- Ναι Όχι Αναπνευστικά ή κινητικά προβλήματα

Παρακαλώ σημειώστε στην πιο κάτω εικόνα την θέση οποιοδήποτε μεταλλικό εμφυτεύματος ή μεταλλικού αντικειμένου μέσα στο σώμα σας.



ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Προτού εισέλθετε εντός του χώρου του συστήματος MRI βεβαιωθείτε ότι αφαιρέστε όλα τα μεταλλικά αντικείμενα όπως, ακουστικά βαρηκούς, οδοντοστοιχίες και γέφυρες, κλειδιά, βομβητή, κινητό τηλέφωνο, γυαλιά οράσεως, καρφίτσες μαλλιών, κοσμήματα, σκουλαρίκια, ρολόγια, συνδετήρες, πιστωτικές και μαγνητικές κάρτες, κέρματα, σουγιά, νυχοκόπτης, ρούχα με μεταλλικά αξεσουάρ ή νήματα. Συμβουλευτείτε τον επι καθήκοντι Τεχνολόγο ή Ακτινολόγο για οποιαδήποτε ερώτηση ή ανησυχία έχετε ΠΡΙΝ την είσοδο σας στο χώρο του συστήματος MRI.

Σημείωση: Πιθανόν να σας ζητηθεί να φορέστε ωτοασπίδες ή άλλο εξοπλισμό προστασίας ακοής κατά την διάρκεια της εξέτασής ώστε να αποτραπούν τα προβλήματα και οι κίνδυνοι που πηγάζουν από τον παραγόμενο ακουστικό θόρυβο.

Βεβαιώνω ότι οι πιο πάνω πληροφορίες που έχω παραθέσει είναι ορθές και αληθείς. Έχω διαβάσει και κατανοήσει το περιεχόμενο του εντύπου όπου και είχα την ευκαιρία να συζητήσω τυχόν απορίες σχετικά με την εξέταση MRI που θα υποβληθώ.

Υπογραφή : _____

Ημερομηνία _____ / _____ / _____

Συμπληρώθηκε από: Ασθενής Συγγενής Νοσηλευτής _____

Σχέση/Συγγένεια με ασθενή: _____ Όνομα _____ Υπογραφή _____

Το έντυπο επιθεωρήθηκε από: _____ Όνομα _____ Υπογραφή _____

Τεχνολόγος MRI Νοσηλευτής Ακτινολόγος Άλλος _____

