

АНКЕТУВАННЯ ПАЦІЄНТА ПЕРЕД ПРОВЕДЕННЯМ МРТ ТА ЗГОДА НА ВНУТРІШНЬОВЕННЕ ВВЕДЕННЯ КР

(стає складовою частиною документації)

Ім'я, прізвище пацієнта:		
Зріст/вага пацієнта — пацієнт зазначає:		Дата народження:
Анкету склав:		

Пацієнт має:	так	ні
кардіостимулятор		
кохлеарний імплантат		
імплантаційний кардіовертер-дефібрилятор (ICD)		
нейростимулятор		
металевий матеріал, імплантований менше ніж два місяці тому		
I триместр вагітності		
клапанний протез, судинні кліпси		
інсулінову помпу		
контактні лінзи		
металеві сторонні тіла в організмі (уламки, осколки)		
незнімні брекети		
клаустрофобію		
внутрішньоматкову спіраль		
гормональну терапію		
менопаузу		
менструацію – день циклу 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17		

Введення КР та можливі ускладнення:	<p>В деяких випадках потрібне внутрішньовенне введення контрастної речовини за рішенням лікаря, що проводить дослідження. Алергічні реакції на контрастні речовини, що використовуються під час МРТ, трапляються дуже рідко, і кабінет МРТ обладнаний для їх усунення. Якщо після дослідження з контрастною речовиною можливі симптоми алергії (шкірний висип, нудота, задишка) з'явилися аж поза місцем проведення МРТ, негайно повідомте про це свого лікаря-куратора або (після амбулаторного дослідження МРТ) службу невідкладної медичної допомоги!</p>
Застереження:	<p>Матері-годувальниці після дослідження з контрастною речовиною переривають годування грудьми на 24 години.</p>
Згода пацієнта на проведення медичної процедури:	<p>Я, пацієнт (законний представник), заявляю, що був (-ла) в чіткій і зрозумілій для мене формі поінформований (-а) про діагностичну процедуру. Заявляю, що я добре зрозумів (-ла) всю інформацію, ознайомлений (-а) з процедурою та ускладненнями процедури. Мені також була надана можливість поставити запитання та обговорити з лікарем цю проблематику.</p> <p>Даю згоду на проведення магнітно-резонансної томографії, зокрема з внутрішньовенним введенням контрастної речовини. Своїм підписом підтверджую, що наведені вище дані правдиві та що мені було надано можливість ознайомитися з письмовою інформацією про проведення МРТ.</p>
Дата:	
Підпис пацієнта /законного представника/:	
Пацієнт неспроможний	

висловитися —
зазначити причину:

Протипоказань до проведення магнітно-резонансної томографії не виявлено.

Підпис лікаря: