ARISTOTEL ZDRAVSTVENI CENTER	**OBRAZEC** **SOGLASJE ZA IZVEDBO MR PREISKAVE**

ARISTOTEL KRŠKO – RADIOLOŠKI ODDELEK

Vprašalnik in soglasje za izvedbo preiskave z magnetno resonanco

Da lahko lažje ocenimo vaše morebitno tveganje ob pregledu vas prosimo, da skrbno odgovorite na vprašanja in podpišete vprašalnik.

Vaši osebni podatki:

Ime in Priimek: _____ Vaša telefonska št.: _____

Datum rojstva: _____Vaša telesna teža: _____ Vaša telesna višina: _____

V kolikor ste to soglasje za MR preiskavo dobili zraven obvestila o terminu, ga izpolnite in prinesite s seboj.

Prosimo, da z DA ali NE odgovorite na naslednja vprašanja (ustrezno obkrožite):

1. Ali ste bili že kdaj pred tem na magnetno resonančni preiskavi?_____ DA NE

2. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA; so se med ali po preiskavi pojavili kakšni zapleti? _____ DA NE

   Če ste odgovorili z DA, prosimo opišite kakšni:_____

3. Se zdravite oz. ste se kdaj zdravili zaradi bolezni ledvic?_____ DA NE

4. Ali imate:
   - Srčni spodbujevalnik ?_____ DA NE
   - Umetno srčno zaklopko ? _____ DA NE
   - Kirurške sponke, vijake ? _____ DA NE
   - Slušni aparat, očesno ali zobno protezo, zobni aparat ?_____ DA NE
   - Umetne sklepe? _____ DA NE
   - Stent (kovinska opornica znotraj žile, sečevodov ali žolčevodov)?_____ DA NE
   - Kakšen kovinski tujek kjerkoli v telesu?_____ DA NE
     (Npr. kovinski ostružek) – če DA, ali je bil odstranjen?_____ DA NE
   - Inzulinsko črpalko? _____ DA NE

Če imate katerega od navedenih kovinskih vsadkov, potrebujete certifikat o ustreznosti materiala.

Dodatno pojasnilo: če imate ušesno, očesno ali zobno protezo jo boste odložili v garderobi.

5. Ste bili kdaj operirani? _____ DA NE

6. Ali vam je znano, da ste alergični na katerakoli zdravila?_____ DA NE

   Če DA, katera?_____

SOGLASJE ZA IZVEDBO MR PREISKAVE

7. Ali ste že kdaj prejeli kontrastno sredstvo in ob tem imeli alergično reakcijo (npr. Gadolinij,...)?_____ DA NE

8. Imate astmo ali alergijo, ki jo je potrebno zdraviti z zdravili?_____ DA NE

9. Imate strah pred zaprtimi prostori (klavstrofobija)?_____ DA NE

10. Ali se strinjate, da se v primeru potrebe po oceni inž., aplicira kontrastno sredstvo? _____ DA NE

Dodatni vprašanji za ženske:

11. Ste noseči, dojite ali nameravate zanositi?_____ DA NE

12. Ali imate vstavljen maternični vložek – IUD?_____ DA NE
    Izjema je MIRENA, ki je narejena iz nekovinskega materiala.

Prosimo, da na kratko opišete svoje težave:

_____

_____

_____

V kolikor obrazec izpolnjujete doma in ste na katero od vprašanj odgovorili z DA, nas pokličite na Radiološki oddelek Aristotel Krško, tel. št.: 07 49 03 000 od 7.00 do 20.00 ure.

S podpisom potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki resnični, ter soglašam:

- **Da sem podrobno seznanjen s potekom preiskave in možnimi zapleti ter na njeno izvedbo pristajam.**
  DA NE
- **Da pristajam na apliciranje morebitno potrebnega kontrastnega sredstva.**
  DA NE

Datum: _____ Podpis: _____

IZPOLNI MR OSEBJE:

Vrsta KS: _____ Hitrost pretoka KS: _____ Količina KS: _____

Podpis rad. Inž./ radiologa, ki je KS apliciral: _____

Podpis radiologa, ki je KS odredil: _____

Podpis med. sestre/rad. Inženir, ki nastavi i. v. kanal: _____