

# Vprašalnik s soglasjem

za izvedbo preiskave

**MAGNETNA REZONANCA**  
(MR kolena, MR stopala, MR gležnja)  
**IZPOLNITE DOMA**



**Medilab d.o.o.**

Vodovodna 100, 1000 Ljubljana

www.medilab.si

info@medilab.si

01-589-46-80

Prosimo, da natančno preberete  
in izpolnite vprašalnik s soglasjem.

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Spol: M Ž Višina: \_\_\_\_\_ cm Teža: \_\_\_\_\_ kg

Tel. št.: \_\_\_\_\_

E-naslov: \_\_\_\_\_

Ali imate v telesu elektronsko napravo, ki se je ne da odstraniti (srčni spodbujevalnik, nevro stimulator, srčni defibrilator, slušni implantant, ...)? DA  NE

Ali ste noseči? DA  NE

**Če ste zgoraj odgovorili z DA, MR preiskave pri nas ne morete opraviti. Vljudno vas prosimo, da nas o tem obvestite.**

Ali ste že kdaj imeli operativni poseg pri katerem je bil vstavljen kovinski vsadek, OSM, implantant ali proteze sklepov? DA  NE

Če ste odgovorili z DA:

Ali ste po takem kirurškem posegu že opravljali MR slikanje? DA  NE

Ali imate umetno ali biološko srčno zaklopko? DA  NE

Ali imate v telesu kirurške sponke, vijake, umetne sklepe, stente ali filter v veliki veni? (obkrožite, kar imate v telesu) DA  NE

**Če ste na katero od zgornjih vprašanj odgovorili z DA, nam pošljite potrdilo o kompatibilnosti materiala za opravljanje MR preiskave oziroma pošljite izvide, v katerih je naveden točen material, ki ga imate vstavljenega v telo.**

Ali imate kakšno bolezen ledvic? Navedite katero. DA  NE

Ali imate kakšno alergijo na hrano, zdravila ali kontrastna sredstva? DA  NE

Ali imate sladkorno bolezen? DA  NE

Ali imate inzulinsko črpalko ali senzor za sladkor? DA  NE

Ali ste bili poškodovani in je pri poškodbi ostal v telesu kovinski tujek? DA  NE

Ali ste kdaj imeli kakšno poškodbo očesa? DA  NE

Ali imate snemljivo zobno protezo, mostiček ali zobni aparat? DA  NE

Ali imate strah pred zaprtimi prostori (klavstrofobijo)? DA  NE

Ali dojite? DA  NE

**OBRNITE LIST ->**

# Vprašalnik s soglasjem

za izvedbo preiskave **MAGNETNA REZONANCA (IZPOLNITE DOMA)**

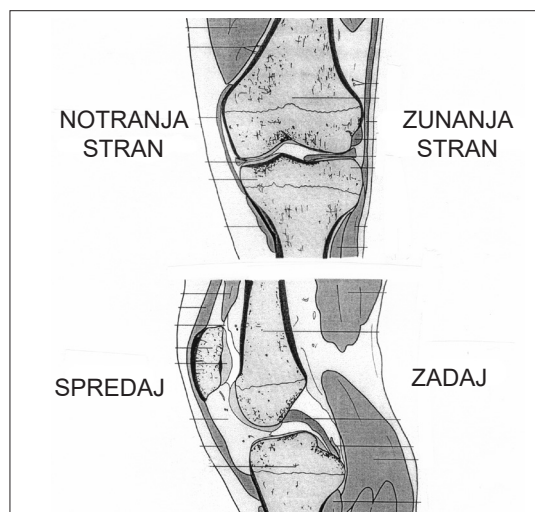
Označite preiskave, ki ste jih imeli do sedaj (splošno):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RTG slikanje   | <input type="checkbox"/> CT (računalniška tomografija) |
| <input type="checkbox"/> UZ (ultrazvok) | <input type="checkbox"/> MR (magnetna resonanca)       |
| <input type="checkbox"/> Scintigrafija  |  |

## MR KOLENA

Desno  Levo

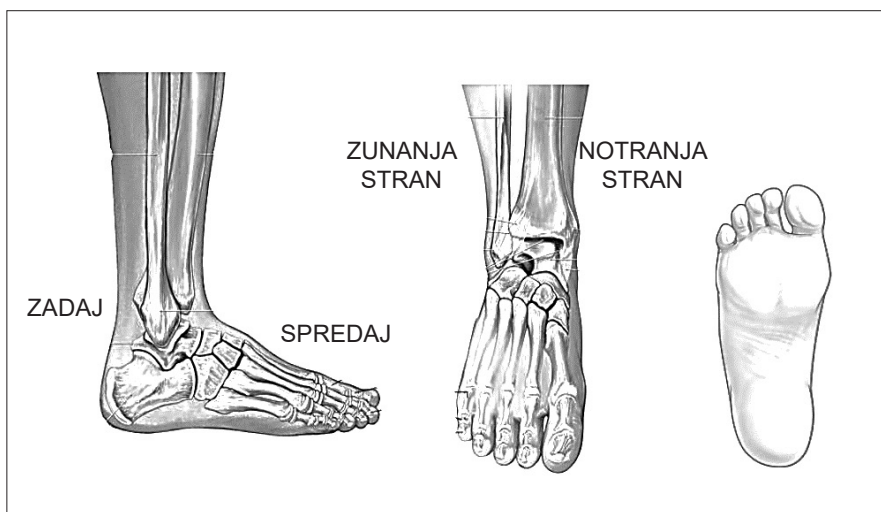
Označite mesto bolečine (s puščico).



## MR GLEŽNJA/STOPALA

Desno  Levo

Označite mesto bolečine (s puščico).



Ali ste bili na pregledu pri specialistu glede trenutnih težav (obkrožite/dopišite):

ortoped, nevrolog, travmatolog, \_\_\_\_\_

Kratek opis težav, ki jih imate s tem sklepom: \_\_\_\_\_

Poškodba (obkrožite)      DA      NE

Kdaj je bila poškodba? \_\_\_\_\_

**Naštejte vse operativne posege (splošno - ne samo s tem sklepom),  
po možnosti tudi letnice:**

---

---

Med preiskavo se zdravnik radiolog lahko odloči za intravenozno aplikacijo gadolinijevega kontrastnega sredstva, ki mu v nekaterih primerih pomaga k zanesljivejši diagnozi. Kontrastno sredstvo je zelo varno. Kljub temu obstajajo možnosti za manjše stranske učinke, ki se odražajo kot glavobol, slabost ali manjši izpuščaji na koži. Če se pojavi kakšen od teh in podobnih znakov, nas takoj opozorite, da vam pomagamo. V kolikor se podobni znaki pojavijo kasneje, morate poiskati nasvet lečečega ali osebnega zdravnika. **To navodilo in vprašalnik s soglasjem sem prebral-a, ga razumel-a in s svojim podpisom pristajam na izvedbo preiskave.**

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_