

MAGNETNA REZONANCA (MR)

Soglasje za izvedbo preiskave

Prosimo, da natančno preberete in izpolnite soglasje.

Priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____ Spol: M Ž Višina: _____ cm Teža: _____ kg

Ali imate v telesu kako elektronsko napravo, ki se je ne da odstraniti (srčni spodbujevalnik, nevro stimulator, srčni defibrilator, ušesni implantat, kohlearni implantat, ...) ?

DA NE

Če ste zgoraj odgovorili z DA, MR preiskave zaradi možnosti resnih komplikacij pri nas ne morete opraviti. Vljudno vas prosimo, da se od preiskave odjavite in s tem sprostite termin in skrajšate čakalno dobo. HVALA!

Ali ste noseči? DA NE

Ali ste že kdaj imeli operativni poseg? DA NE

Če ste odgovorili z DA:

Ali ste že opravljali MR slikanje po zadnjem operativnem posegu? 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)? DA NE

Če ste na katero od zgornjih vprašanj odgovorili z DA, nam pošljite potrdilo o kompatibilnosti materiala za opravljanje MR preiskave ali nam po pošti (e-pošti, faksu) pošljite izvide, v katerih je naveden točen material, ki ga imate vstavljenega v telo. V nasprotnem primeru vas lahko na dan preiskave zavrremo.

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? 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 ali mostiček? DA NE

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

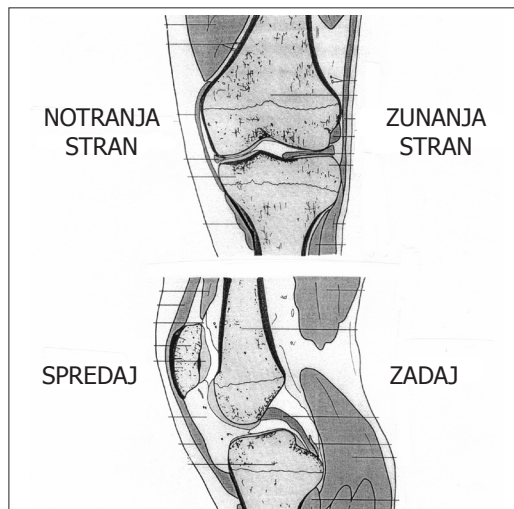
Ali dojite? DA NE

MAGNETNA REZONANCA (MR)

Soglasje za izvedbo preiskave

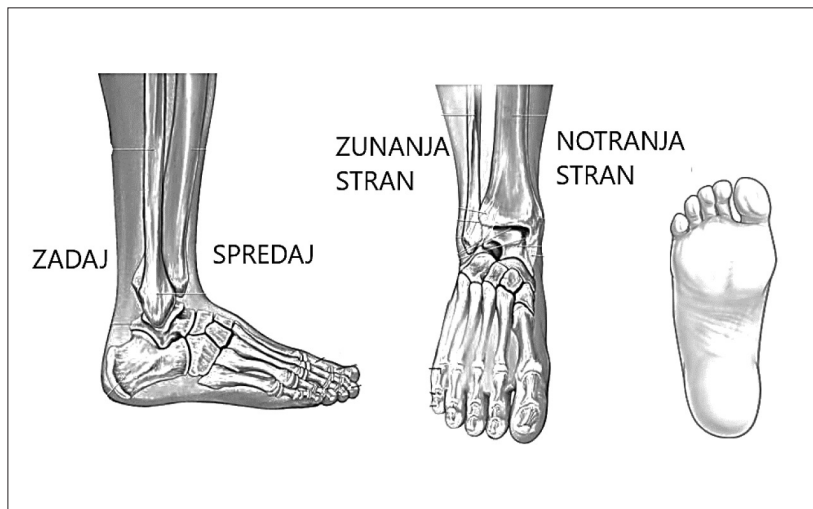
MR KOLENA

Označite mesto bolečine (s puščico).



MR GLEŽNJA/STOPALA

Označite mesto bolečine (s puščico).



Označite radiološke preiskave, ki ste jih imeli:

- pregled pri specialistu (ortoped, travmatolog, nevrolog, ...)
- RTG slikanje
- UZ(ultrazvok)
- Scintigrafija
- CT(računalniška tomografija)
- MR(magnetna resonanca)

Kratek opis težav, ki jih imate: _____

Poškodba (obkrožite) DA NE

Kdaj je bila poškodba? _____

Naštejte vse operativne posege, po možnosti tudi datume:

To navodilo in soglasje sem prebral-a, ga razumel-a in s svojim podpisom pristajam na izvedbo preiskave.

Datum: _____

Podpis _____