

# Анкета для проведения магнитно-резонансной томографии



Дата рождения: ..... Имя: .....  
(печатными буквами)

Фамилия: .....

Магнитно-резонансная томография использует сильное магнитное поле и радиоволны (без применения рентгеновских лучей). Иногда требуется ввести в вену руки контрастное вещество. По имеющимся на сегодняшний день сведениям это контрастное вещество только в очень редких случаях вызывает реакцию непереносимости.

Обследование пациентов с имплантированным водителем ритма сердца, как правило, невозможно. В этом случае Вам следует немедленно обратиться к ассистентке. Мы просим Вас ответить на следующие вопросы:

1. Имплантирован ли Вам водитель ритма сердца? (Обследование пациентов с имплантированным водителем ритма сердца методом магнитно-резонансной томографии невозможно) (Herzschrittmacher)  Да  Нет
2. Имеются ли у Вас в теле металлические предметы (например, искусственные суставы, суставные зажимы, осколки металла в теле или в глазу и т.п.)? (Metallteile)  Да  Нет
3. Делали ли Вам когда-либо операцию на сердце или голове? (OP)  Да  Нет
4. Носите ли Вы нейростимулятор (например, нейростимулятор для снижения болевого эффекта при некоторых хронических заболеваниях, сокращённо TEN)? (Neurostimulator)  Да  Нет
5. Работали ли Вы когда-нибудь с машинами или в условиях, при которых к Вам в тело могли попасть мелкие осколки металла? (Metallsplitter)  Да  Нет
6. Делали ли Вы уже когда-нибудь обследование на магнитно-резонансном томографе? (früheres MRT?)  Да  Нет
7. Беременны ли Вы? (Schwanger?)  Да  Нет
8. Согласны ли Вы, если предложит врач, с введением в вену контрастного вещества? (Kontrastmittel?)  Да  Нет
9. Страдаете ли Вы нарушением функций почек? (Nierenstörung?)  Да  Нет
10. Полученные результаты документируются на плёнке, после чего анализируются врачом, дающим заключение.

Подробное письменное заключение о результатах обследования будет в кратчайший срок выслано Вашему лечащему врачу.



Мы просим нас заранее извинить за возможную задержку в связи с приёмом пациентов, нуждающихся в срочной медицинской помощи. Если это будет иметь место, то наша ассистентка проинформирует Вас.

Пожалуйста, передайте эту анкету ассистентке перед началом обследования.

Ланштайн, .....

Подпись .....

Подпись врача .....