

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

**для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ)**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: Вес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Во время проведения МРТ исследования Вы будете находиться в зоне действия сильного магнитного поля. Ряд заболеваний, наличие в Вашем теле или одежде медицинских устройств и металлических предметов, которые могут оказать влияние на достоверность постановки диагноза, а также могут явиться противопоказанием для проведения исследования. Для обеспечения Вашей безопасности необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для данного исследования. Необходимо внимательно прочитать и заполнить анкету, поставив отметку в соответствующей графе.

*Особое внимание пунктам 1 и 2.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  | Перед началом исследования сообщите следующие сведения о себе **(заполняется пациентом)**  | ДА  | НЕТ  |
| 1  | Имеются ли у Вас искусственные водители ритма (кардиостимулятор)?  |   |   |
| 2  | Имеются ли у Вас искусственные суставы, стенты, скобки, клипсы сосудистых аневризм, сосудистые фильтры, имплантированный водитель ритма, нейростимулятор, инсулиновый насос, слуховой аппарат, эндопротезы, протез орбиты, глазного яблока, металлические брекеты и любые другие металлические предметы медицинского назначения, находящиеся внутри Вашего тела?  |   |   |
| 3  | Выполнялись ли ранее Вам операции на головном мозге, сердце или других органах?  |   |   |
| 4  | Имеются ли у Вас в теле немедицинские металлические объекты (осколки, стружки)?  |   |   |
| 5  | Были ли у Вас ранения (например, пулей, дробью и пр.)?  |   |   |
| 6  | Имеется ли у Вас на теле пирсинг или татуировки?  |   |   |
| 7  | Выполнялись ли Вам ранее исследования МРТ?  |   |   |
| 8  | Для пациентов женского пола: нет ли у Вас беременности или лактации?  |   |   |
| 9 | Для пациентов женского пола: наличие внутриматочной спирали?  |   |   |

Дата заполнения анкеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

Адрес E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_