**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.

Внимательно прочитайте и заполните анкету, поставив отметку в соответствующей графе.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Да | Нет |
| 1. | Были ли у Вас операции: на сердце, головном мозге, сосудах |  |  |
| 2. | Были ли у Вас ранения посторонним металлическим предметом: тела, головы, глаз (пуля, осколок, стружка, инородное тело, другое) |  |  |
| 3. | Установлен ли Вам: сердечный водитель ритма (кардиостимулятор),  электрические, механические или магнитные устройства, клипсы на сосудах,  внутрисосудистые фильтры или сетки, а также любой другой тип электронного,  механического или магнитного имплантата.  P.S. Пациенты без документов на имплантированные медицинские устройства и вспомогательные клинические устройства на исследование НЕ ПРИНИМАЮТСЯ |  |  |
| 4. | Имеется ли у Вас: протез сердечного клапана, глазной протез, искусственная конечность или сустав, съемные зубные протезы, слуховой аппарат, любой имплантированный ортопедический объект (штифт, шуруп, клипса, пластинка, проволока, другое).  P.S. Наличие имплантированных объектов в зоне обследования может стать причиной артефактов (искажения изображения) и затруднить диагностику |  |  |
| 5. | Случались ли у Вас: спонтанные судорожные припадки, приступы эпилепсии |  |  |
| 6. | Испытывали ли Вы когда-либо клаустрофобию (боязнь замкнутого пространства) |  |  |
| 7. | Имеете ли Вы татуировки с использованием краски, содержащей металлы |  |  |
| 8. | Была ли у Вас когда-либо реакция на внутривенное введение контрастных веществ при МРТ-исследованиях, другие аллергические реакции |  |  |
| 9. | При МРТ с контрастом: имеются ли у Вас заболевание почек либо Вы ранее проходили лечение по поводу болезней почек |  |  |
| Дополнительно для женщин: | | |  |
| 10. | Беременны ли Вы, кормите ли грудью, подозреваете ли Вы беременность, имеются ли у Вас металлические противозачаточные спирали  Проведение исследования в первом триместре беременности и исследование с применением внутривенного контрастирования при беременности НЕ ПРОВОДИТСЯ |  |  |

Я подтверждаю, что отметки возле вышеуказанных утверждений сделаны мной собственноручно.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | года. Подпись пациента/законного представителя | **Х** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Расписался в моем присутствии: | |  |  | | |  |
| Врач |  | | | (подпись) |  | **Х** |
|  | (Должность, И.О. Фамилия) | | |  |  |  |

*(бланк заполняется до начала лечения и хранится в амбулаторной карте пациента)*