

PYTANIA PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM

IMIĘ I NAZWISKO _____ WZROST _____ cm WAGA _____ kg
KENNITALA, ID _____

	TAK	NIE
Czy masz wszczepiony stymulator serca?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy przebyłeś/łaś jakiegolwiek operacje serca (np. wszczepienie stentu)?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy przebyłeś/łaś jakiegolwiek operacje głowy lub kręgosłupa? -klips naczyniowy? -metal w kręgosłupie? -neurostymulator?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy posiadasz w ciele jakikolwiek metal po operacjach? -implanty ślimakowe? -metalowe druty wstawiane przy złamaniach, protezy?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy posiadasz jakiegolwiek ciała obce w ciele? -matalowe opiłki w oczach? -pompę insulinową? -inne?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy posiadasz protezy wyciągane, aparaty słuchowe?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy zdiagnozowano u Ciebie jakiegolwiek choroby nerek lub wątroby?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy masz klaustrofobię?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy jesteś w ciąży?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Jeśli odpowiedź na ktoreś z pytań jest twierdząca - wykluczając pytanie o wyjmowane protezy i aparaty słuchowe - pacjent proszony jest o kontakt z technikami w rezonansie magnetycznym pod numerem: Hringbraut: 543-8046 lub Fossvogur: 543-8039 / 543-8093