OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111

Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje

MAGNETICKÁ REZONANCE

PŘÍLOHA INFORMOVANÉHO SOUHLASU – DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

Zodpovězte, prosím, pečlivě následující dotazy, odpovídejte ANO či NE.

V případě nejasností se obraťte na personál MR.

Máte zavedený kardiostimulátor? _____
Trpíte strachem z uzavřených prostor? _____
Máte ušní implantát? _____
Máte neurostimulátor? _____
Měl/a jsta chirurgický zákrok v posledních šesti týdnech? _____
Pokud ano, jaký _____
Měl/a jste katetrizační výkon v posledních šesti týdnech? _____
Pokud ano, jaký _____
Máte kovovou klubní nebo kostní náhradu? _____
Máte umělou srdeční chlopeň? _____
Máte zavedený stent či voperovanou cévní svorku do srdeční čí jiné tepny? _____
Máte cizí těleso v očnici? _____
Máte v těle úlomky kovů po poranění či práci s kovy? _____
Máte zubní protézu či kovový můstek? _____
Máte tetování nebo piercing? _____
Máte připojeny kovové předměty (stříkačky, pumpy, elektrody…)? _____
Máte alergii? _____
Pokud ano, jakou _____
Máte porušené ledvinné funkce? _____

Pro ženy:
Jste těhotná? _____
Pokud ano, v jakém týdnu _____
Kojíte? _____
Máte nitroděložní tělísko? _____

Prosím odložte následující předměty:
1. Kovové věci (vlasové spony, sponky, klíče, mince, pera, špendlíky…).
2. Brýle, klenoty, hodinky, kalkulačky, magnetické diáře, mobilní telefon.
3. Kovové oděvní doplňky (přezky, spony, opasky, zipy…).
4. Vyjímatelné zubní náhrady a sluchové pomůcky.
5. Platební karty či jiné karty s magnetický záznamem.

Datum:
Podpis a razítko pracovníka MR

Podpis pacienta/ky (zák. zástupce)

_____

_____