

Odjel za radiologiju i ultrazvuk

SIGURNOSNI UPITNIK ZA BOLESNIKE/CE PRIJE MR PREGLEDA

Ime i prezime : _____, Datum i godina rođenja: _____

Adresa : _____, Tel : _____

MR pretraga (koji dio tijela snimate?) : _____, Visina / težina : ____ / ____

Pitanja koja slijede pročitajte pažljivo i odgovorite zaokruživanjem ponuđenih odgovora.

O pažljivom ispunjavanju pitanja u ovom upitniku ovisi kvaliteta pregleda i Vaša sigurnost pri izvođenju ove pretrage.

Jeste li ikada operirani ?	DA	NE
----------------------------	----	----

Ako jeste navedite vrstu operativnog zahvata, vrijeme i ustanovu:

Imate li ugrađen:		
--------------------------	--	--

• srčani stimulator (pacemaker)?	DA	NE
----------------------------------	----	----

• umjetni srčani zalistak?	DA	NE
----------------------------	----	----

• kiruršku pločicu, vijke, žice?	DA	NE
----------------------------------	----	----

• očnu protezu, zubnu ili protezu za uho?	DA	NE
---	----	----

• slušni aparat?	DA	NE
------------------	----	----

• umjetnu protezu zgloba(npr. kuk, rame, koljeno)?	DA	NE
--	----	----

• stent(umjetnu spiralu) u krvnim žilama srca i/ili drugih organa i/ili dijelova tijela(krvnim žilama ruku, nogu)?	DA	NE
--	----	----

• implantat mjehura?	DA	NE
----------------------	----	----

• automatski potkožni injektor lijekova?	DA	NE
--	----	----

• kontracepcijski uložak ili spiralu?	DA	NE
---------------------------------------	----	----

Imate li ugrađen:		
• bilo kakav implantat u bilo kojem djelu tijela?	DA	NE
• bilo kakav elektronički uređaj u bilo kojem djelu tijela ?	DA	NE
• bilo kakve metalne proteze ?	DA	NE
Imate li metalnih predmeta u glavi ili bilo kojem drugom djelu tijela?	DA	NE
Jeste li ikada imali metala u tijelu, npr. geler zaostao nakon ranjavanja, strano tijelo zaostalo nakon ozljede na radu, prometne nesreće i sl. nezgode ?	DA	NE
Imate li bodypiercing nakit na koži ?	DA	NE
Imate li tetovažu ili bilo koji oblik trajne šminke ?	DA	NE
Patite li od klaustrofobije (straha od zatvorenog prostora) ?	DA	NE
Jeste li alergični na neku hranu, lijekove ili kontrastna sredstva?	DA	NE
Ako je odgovor na pitanje o alergijama DA navedite na što ste alergični:		

ZA PACIJENTICE		
Datum posljednje menstruacije:		
Jeste li trudni/Postoji li mogućnost trudnoće ?	DA	NE
Uzimate li oralne kontraceptive?	DA	NE
Jeste li uzimali kakve lijekove za stimuliranje plodnosti?	DA	NE
Dojite li trenutno?	DA	NE

Potvrđujem da su gore navedeni odgovori istiniti, te da sam u slučaju medicinske indikacije suglasan/na s primjenom kontrastnog sredstva tijekom dijagnostičkog postupka, što vlastoručno potpisujem	
Datum	Potpis
-----	-----
Ako pacijent nije u stanju potpisati gore navedeni upitnik navedite zašto i navedite tko se umjesto njega potpisao i jamči istinitost podataka:	
_____	_____
Datum	Potpis
-----	-----