

## DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM MAGNETICKOU REZONANCIU

Priezvisko a meno: ..... Rodné číslo: ...../..... ZP: .....  
Bydlisko – ulica (č.d.): ..... mesto (obec): .....  
PSČ: .....Kontakt - telefón: ..... mail : .....  
Hmotnosť .....kg Výška .....cm Máte ochorenie obličiek? Nie Áno  
Máte alergiu? Nie Áno, akú?.....

**Veľmi dôležité!** Pravdivá odpoveď je nevyhnutná pre bezpečnosť vyšetrenia a ochranu Vášho zdravia!!!  
**Správnu odpoveď zakrúžkujte.**

Áno Nie Mali ste úraz vo vyšetrovanej oblasti ? kedy:  
Áno Nie Mali ste niekedy operáciu vo vyšetrovanej oblasti alebo inú závažnú operáciu? kedy?:

Áno Nie Máte kardiostimulátor („strojček na srdce“)?  
Áno Nie Máte inzulínovú pumpu?  
Áno Nie Máte vnútorný naslúchací aparát, elektródy po kardiostimulátore, umelú srdcovú chlopňu, iné elektronické alebo mechanické implantáty – aké:

Áno Nie Máte v tele pooperačný alebo poúrazový kovový materiál (chirurgické svorky, stenty, očné protézy, ortopedické a neurochirurgické implantáty alebo protézy, prsníkové implantáty), kde?:

Áno Nie Máte zubné protézy a snímateľné zubné náhrady?  
Áno Nie Máte na tele tetovanie, piercing alebo permanentný make-up?

Áno Nie Ste tehotná?  
Áno Nie Dojčíte (Kojíte)?

Máte nejaký závažný dôvod, pre ktorý by Vám nemohla byť podaná kontrastná látka? Áno Nie

**Výsledok vyšetrenia:** zaslať ošetrojúcemu lekárovi prídem osobne e-mail

V súlade s ustanovením § 28 Nariadenia vlády SR č. 355 / 2007 Z.z. o ochrane a podpore verejného zdravia osôb pred nepriaznivými účinkami elektromagnetického žiarenia pri vyšetrení Magnetickou rezonanciou týmto prehlasujem, že som bol/a ošetrojúcim lekárom zrozumiteľne poučený/á o výkone, možných komplikáciách, aj riziku odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

**Vyhlasujem, že som pravdivo uviedol/a všetky svoje ochorenia, alergie a údaje v dotazníku. Beriem na seba zodpovednosť za prípadné negatívne následky ohľadom zatajenia niektorých skutočností.**

Na základe vlastného rozhodnutia s vyšetrením súhlasím.

Dátum: .....

Podpis:.....

**V kabínke sa prosím vyzlečte do spodnej bielizne / ženy aj podprsenku s kosticami / a odložte hodinky, kľúče, drobné kovové mince, šperky, vlásenky, opasok, okuliare, načúvací aparát, zubné protézy, kreditné karty, mobilné telefóny, protetické pomôcky.**

**Vyšetrenie bude sprevádzané veľkým hlukom, ktorý vydáva prístroj, preto budete mať počas vyšetrenia nasadené slúchadlá na ochranu vášho sluchu. Vyšetrenie nebolí. Je dôležité aby ste počas vyšetrenia kľudne ležali a nehýbali sa, pretože by sme museli vyšetrenia zopakovať, vyšetrenie môže trvať 15 – 35 minút.**

**ŽENY – Prehlasujem, že údaje o tehotnosti alebo dojčení sú pravdivé a som si vedomá, že prípadným zatajením zisťovaných údajov si uvedomujem všetky možné riziká poškodenia nenarodeného dieťaťa vystaveného vysokému magnetickému poľu a rádiodrekvenčným impulzom.**

**Prebral som osobne snímkovú dokumentáciu na CD/výsledok**

**podpis:.....**