Nemocničná a.s., člen MEDIREXGROUP, Rádiologické odd., Duklianskych hrdinov 34, 901 22 Malacky, t. č. 034/ 2829810

DOTAZNÍK PRE PACIENTOV PRED VYŠETRENÍM MAGNETICKOU REZONANCIOU

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 vnútroušný 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: (do 5 – 7 prac. dní) zaslať ošetrujúcemu lekárovi ☐ prídem osobne ☐

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 ošetrujúcim 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 rádiofrekvenčným impulzom.

Prebral som osobne snímkovú dokumentáciu na CD/výsledok **podpis:.....**

Čestné prehlásenie

Týmto prehlasujem, že som nebol posledné 2 týždne v zahraničí a nie som si vedomý toho, že by som bol v kontakte s osobou s podozrením alebo s potvrdením infekcie Koronavírusom . Uvedomujem si, že za zatajenie takýchto informácií mi môže RUVZ uložiť **pokutu do výšky 1659 € a môže napĺňať skutkovú podstatu trestného činu.**

Dátum: **Podpis:**