

# VPRAŠALNIK – MAGNETNA REZONANCA ARTROGRAFIJE

Prosimo vas, da na naslednja vprašanja odgovorite z DA ali NE (obkrožite)

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Ali ste že bili na magnetnoresonančni preiskavi?  | DA | NE |
| 2. Ali imate klavstrofobijo - strah pred zaprtim prostorom?                                | DA | NE |
| 3. Ali ste bili kdaj operirani? Prosimo, naštejte vse operativne posege in datume izvedbe: |    |    |

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Ali imate v vašem telesu kaj od naštetega?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. srčni spodbujevalnik (pace-maker)                             | DA | NE |
| b. kirurške sponke, anevrizmatski klip                           | DA | NE |
| c. kovinske opornice znotraj žile, sečevodov, žolčevodov (stent) | DA | NE |
| d. umetna srčna zaklopka   | DA | NE |
| e. osteosintetični ali drug ortopedski material (umetne sklepe)  | DA | NE |
| f. neurostimulator   | DA | NE |
| g. implantirano inzulinsko ali infuzijsko črpalko                | DA | NE |
| h. slušni aparat ali slušni implantant                           | DA | NE |
| i. očesna proteza ali umetna leča                                | DA | NE |
| j. zobna proteza ali mostiček                                    | DA | NE |
| k. maternični vložek (IUD)                                       | DA | NE |

V primeru, da ste na katero izmed zgornjih vprašanj odgovorili z DA, vas prosimo, da pridobite certifikat o ustreznosti vstavljenega materiala (tu so izključeni materiali, ki jih vstavljuje zobozdravniki), kjer je navedena kompatibilnost z MR, datum in podpis izdajatelja potrdila (velja za vse kirurške tujke pred letom 2007).

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 5. Ste imeli kakšno poškodbo očesa?              | DA | NE |
| 6. Ste bili kdaj poškodovani s kovinskim tujkom? | DA | NE |
| a) Ali so kovinske tujke odstranili?             | DA | NE |

7. Ali imate kaj od spodaj naštetega?

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a) anemijo ali kakšno drugo bolezen krvi     | DA | NE |
| b) kronično ledvično okvaro                  | DA | NE |
| c) sladkorno bolezen                         | DA | NE |
| d) astmo ali preobčutljivostno bolezen dihal | DA | NE |
| e) preobčutljivost na katerakoli zdravila    | DA | NE |
- če ste obkrožili DA, napišite katera

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 8. Ali ste kdaj imeli alergično reakcijo na kontrastno sredstvo? | DA | NE |
| 9. Ali imate poznane hude alergije ali hudo atopično bolezen?    | DA | NE |
| 10. Za pacientke:  |    |    |
| a) Ali ste noseči?   | DA | NE |
| b) Ali dojite?   | DA | NE |

V primeru, da gre za osebo s posebnimi potrebami, naprošamo spremstvo, da med preiskavo počaka v čakalnici.

## SOGLASJE ZA IZVEDBO MR ARTROGRAFIJE

Zaradi močnega magnetnega polja v magnetnoresonančnem prostoru moramo pred preiskavo vedeti, ali se v vašem telesu morda nahajajo kovinski delci oziroma tujki, ki lahko motijo preiskavo, lahko pa so tudi nevarni. Prosimo vas, da natančno preberete navodila in izpolnite soglasje. V primeru nerazumevanja katerega od vprašanj, se obrnite na strokovno osebje (radiološkega inženirja, radiologa).

Ime in priimek

Datum rojstva

Spol M / Ž

Telesna teža

kg

Telesna višina

cm

## VZROK ZA IZVEDBO PREISKAVE

### 1. Napotitev lečečega specialista ali osebnega zdravnika

*V tem primeru prosimo, da prinesete s seboj na preiskavo kopije vseh izvidov specialista ali napotnico osebnega zdravnika.*

### 2. Zdravstvene težave

*V tem primeru prosimo, da na kratko opišete zdravstvene težave, zaradi katerih prihajate na MR preiskavo:*

### 3. Prosimo, da če ste v preteklosti že imeli MR/CT slikanja, zaradi primerjave prinesete slike in izvide s seboj na preiskavo, vrnili vam jih bomo skupaj z novimi slikami in izvidom preiskave.

S podpisom potrjujem, da sem prebral(a) in razumel(a) navodila in pogoje ter soglašam s preiskavo.

Datum

Podpis preiskovanca/staršev/skrbnika

Podpis inženirja