

## Анкета для обследования магнитно-резонансной томографии (МРТ)

Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

**Ваша безопасность важна для нас. Пожалуйста, внимательно прочитайте следующие вопросы и заполните их как можно точнее:**

	ДА	НЕТ
Установлен ли у Вас кардиостимулятор или кардиовертер-дефибриллятор (ICD)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Были ли у Вас травмы глаз (попадание металлической стружки, осколков металла и т.п.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Установлен ли у Вас слуховой имплантат / имплантированный насос для лекарств / имплантированный нейростимулятор?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Если Вы ответили на предыдущие вопросы ДА, пожалуйста, проконсультируйтесь с Вашим лечащим врачом о безопасности исследования.**

Были ли у Вас хирургические процедуры, операции за последние 3 месяца:  ДА  НЕТ  
Уточните, пожалуйста, какие: \_\_\_\_\_

**Пожалуйста, отметьте, если у Вас есть что-либо из нижеуказанного:**

	ДА	НЕТ
--	----	-----

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| • Были ли у Вас операции за последние 3 месяца, в результате которых установлены в организме скобы, клипсы, стенты (в голове, венах, артериях)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Внутриорганные электронные имплантаты, стимуляторы или другие устройства?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Внутриорганные электроды или провода?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Эндопротезы суставов или костей, металлические винты / гвозди / проволоки / петли / пластины для фиксации переломов?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Шунт (в мозгу, спине, сосуде)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Протезы (в сердце, глазу, конечностях)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Любой металлический предмет или инородное тело в организме?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Татуировки или перманентный макияж, или металлические украшения на теле?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Установлены ли зубные имплантаты за последние 3 месяца?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Наблюдаются ли у Вас:** ДА      НЕТ

- Клаустрофобия (боязнь замкнутых пространств)?  ДА       НЕТ
- Непроизвольные движения, подергивания мышц?  ДА       НЕТ
- Респираторные заболевания (астма, кашель)?  ДА       НЕТ
- Заболевания почек, почечная недостаточность?  ДА       НЕТ
- Вопрос для женщин: Вы беременны?  ДА       НЕТ

**Перед обследованием удалите все металлические предметы, включая сенсор глюкозы, лечебный пластырь и/или слуховой имплантат.**

**Эндопротезы суставов, стерилизационные клипсы, зубные протезы/имплантаты или брекетки обычно не препятствуют проведению обследования. Если у Вас есть карта протеза или имплантата, пожалуйста, возьмите её с собой.**

#### **Подтверждение пациента**

- Я прочитал(а) информационный лист о магнитно-резонансной томографии и полностью понял(а) его содержание.
- Подтверждаю, что меня проинформировали о сути МРТ, противопоказаниях и подготовке к исследованию. Подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задать вопросы о МРТ, и я понял(а) полученные ответы.
- Я согласен(согласна) на проведение МРТ исследования и, при необходимости, на введение контрастного вещества.
- Я согласен(согласна) на проведение МРТ исследования, но отказываюсь от введения контрастного вещества.

Дата: .....

Подпись: .....

При возникновении вопросов вы можете обратиться по адресу [mrt@cranfeld.ee](mailto:mrt@cranfeld.ee)