Ime i prezime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Datum i godina rođenja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_, MBO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OIB\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tjelesna visina i težina: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

E-adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_MR pretraga (koji dio tijela snimate): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O pažljivom ispunjavanju niže navedenih pitanja ovisi kvaliteta pregleda i Vaša sigurnost pri izvođenju MR pretrage!

Jeste li trudni?:  **DA  NE**  Ako da u kojem ste tjednu trudnoće? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeste li ikada bili operirani?  **DA  NE**  Ako da, navedite vrstu operativnog zahvata, vrijeme

i ustanovu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeste li operirali žučni mjehur ili vodove?  KLASIČNO  LAPAROSKOPSKI  NE

Jeste li operirali krvne žile?  **DA  NE**

Postoji li mogućnost da su vam operacijski ugrađene bilo kakve metalne kopče, imate li metalnih predmeta u glavi?

**DA  NE**

Ako je odgovor da, navedite kakve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kontracepcijski uložak ili spiralu? | **DA  NE** | (navesti naziv/vrstu) |
| Srčani stimulator (pacemaker)? | **DA  NE** | Smije li u MR uređaj?  Smije  Ne smije |
| Umjetni zalistak u srcu? | **DA  NE** | (navesti naziv/vrstu) |
| Implantat u krvnim žilama srca? | **DA  NE** |  |
| Implantat mjehura? | **DA  NE** |  |
| Slušni implantat? | **DA  NE** |  |
| Automatski potkožni injektor lijekova? | **DA  NE** |  |
| Neki drugi implantat? | **DA  NE** | (navesti naziv/vrstu) |
| Jeste li alergični na neku hranu ili lijekove? | **DA  NE** | (ako ste alergični navedite na što) |

Jeste li ikada imali metala u tijelu (gelere, metale od industrijskog rada, posljedica prometne nesreće i slične

nezgode)  **DA  NE**

Ako je odgovor **DA,** jesu li ti metali izvađeni?  IZVAĐENONIJE IZVAĐENO

Imate li bilo kakve metalne zglobne proteze, implantate, vijke ili metalne pločice u vašim kostima?

**DA  NE**

Ako je odgovor **DA** molimo priložite potvrdu operatera ili Klinike koja je implantat ugradila da isti smije u MR uređaj.

Potvrđujem da pristajem na MR dijagnostičku pretragu i da su gore navedeni odgovori istiniti, ujedno dajem privolu KBC-u Zagreb da obrađuje moje osobne podatke (ime i prezime, adresa, OIB, kontakt telefon, e-mail)u svrhu dostave moje medicinske dokumentacije putem e-mail adrese ili pošte, što vlastoručno potpisujem:

Datum: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Potpis pacijenta ili zakonskog zastupnika: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_