



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

Adresa : \_\_\_\_\_ , tel : \_\_\_\_\_

MR pretraga (koji dio tijela snimate) : \_\_\_\_\_ , Visina / težina : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pitanja koja slijede pročitajte pažljivo i odgovorite **zaokruživanjem ponuđenih odgovora**:

O pažljivom ispunjavanju gore navedenih pitanja ovisi kvaliteta pregleda i Vaša sigurnost pri izvođenju ove pretrage.

Jeste li trudni (ako da u kojem ste tjednu trudnoće)? : ( \_\_\_\_\_ ) DA NE

Jeste li ikada 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? DA NE

Imate li ugrađen: - kontracepcijski uložak ili spiralu? DA NE

- srčani stimulator (pacemaker)? DA NE

- umjetni zalistak u srcu? DA NE

- implantat u krvnim žilama srca? DA NE

- implantat mjehura? DA NE

- slušni implantat? DA NE

- automatski potkožni injektor lijekova? DA NE

- bilo kakav implantat? DA NE

Imate li metalnih predmeta u glavi? DA NE

Jeste li ikada imali metala u tijelu (geleri, industrijski rad, prometna nesreća i sl. nezgode)? DA NE

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

Jeste li alergični na neku hranu ili lijekove ? DA NE

Vrijednost serumskog kreatinina \* : ( \_\_\_\_\_ ) \* (Upisuje se vrijednost kreatinina do 1mj.starosti na dan MR pretrage.).

Potvrđujem pristanak na MR dijagnostičku pretragu i da su gore navedeni odgovori istiniti, što vlastoručno potpisujem:

Datum

Potpis

-----

-----

Ako pacijent nije u stanju potpisati gore navedeni upitnik navedite zašto i navedite tko se umjesto njega potpisao i jamči istinitost podataka: \_\_\_\_\_

Datum

Potpis

-----

-----