



Анкета пациента для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) (применима для исследований с внутривенным контрастным усилением)

Ф.И.О. _____

Возраст: _____ Вес: _____ Рост: _____

Во время проведения МРТ исследования Вы будете находиться в зоне действия сильного магнитного поля. Ряд заболеваний, наличие в Вашем теле или одежде медицинских устройств и металлических предметов, которые могут оказать влияние на достоверность постановки диагноза, а также могут явиться противопоказанием для проведения исследования. Для обеспечения Вашей безопасности необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для данного исследования. Необходимо внимательно прочитать и заполнить анкету, поставив отметку в соответствующей графе.
Особое внимание пунктам 1 и 2.

№	Перед началом исследования сообщите следующие сведения о себе (заполняется пациентом)	ДА	НЕТ
1	Имеются ли у Вас искусственные водители ритма (кардиостимулятор)?		
2	Имеются ли у Вас искусственные суставы, стенты, скобки, клипсы сосудистых аневризм, сосудистые фильтры, имплантированный водитель ритма, нейростимулятор, инсулиновый насос, слуховой аппарат, эндопротезы, протез орбиты, глазного яблока, металлические брекеты и любые другие металлические предметы медицинского назначения, находящиеся внутри Вашего тела?		
3	Выполнялись ли ранее Вам операции на головном мозге, сердце или других органах?		
4	Имеются ли у Вас в теле немедицинские металлические объекты (осколки, стружки)?		
5	Были ли у Вас ранения (например, пулей, дробью и пр.)?		
6	Имеется ли у Вас на теле пирсинг?		
7	Не страдаете ли Вы эпилепсией, судорожными припадками, были ли случаи потери сознания?		
8	Выполнялись ли Вам ранее исследования МРТ?		
9	Была ли у Вас когда-либо аллергическая реакция на введение		

[Введите текст]

	контрастных препаратов, применяемых при МРТ или СКТ?		
10	Не страдаете ли Вы клаустрофобией (боязнь замкнутого пространства)?		
11	Для пациентов женского пола: нет ли у Вас беременности или лактации?		
12	Для пациентов женского пола: наличие внутриматочной спирали?		
13*	Наличие в анамнезе болезней почек?		
14*	Наличие в анамнезе операций на почках?		
15*	Результаты последнего исследования сывороточного креатинина: Величина: _____ Дата: _____		

*Ответ на вопрос необходим ТОЛЬКО для проведения исследования с контрастным усилением

Дата заполнения анкеты: _____

Подпись обследуемого: _____

При условии установки МР-совместимого при определенных условиях импланта, при соблюдении требований безопасности во время проведения исследования, я даю свое согласие на проведение МРТ исследования, включая исследование с внутривенным контрастным усилением:

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (Ф.И.О. врача-рентгенолога)

Предметы, которые могут быть повреждены или явиться причиной травмы в условиях действия сильного магнитного поля, необходимо оставить перед входом в помещение томографа (электронные устройства, мобильные телефоны, кредитные, другие магнитные карты, проездные билеты, электронные носители информации, ключи, очки, часы, слуховые аппараты и съёмные зубные и другие протезы, булавки, заколки, парики, украшения, одежду с металлическими пуговицами и кнопками, ручки, ремни, подтяжки и прочие металлические предметы).