

# TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUM RADIOLOOGIAKLIINIK

Magnetresonantstomograafia kabinet

Регистрация по телефону: 73 18377



Для более точного Вашего обследования требуется сделать магнитно-резонансную томографию (МРТ). Чтобы свести возможный риск предстоящего обследования к минимуму и получить наиболее качественные результаты, заполните, пожалуйста, анкету.

Имя и фамилия .....

Личный код .....

Вес .....

Для МРТ-обследования не используется рентгеновское излучение. Изображения получают при помощи магнитного поля. Во время обследования Вы будете лежать неподвижно на протяжении примерно 15-60 минут. Длительность процедуры зависит от того, какую область организма будут обследовать. Каждое движение может быть причиной искажения изображения, которые очень мешают врачу при просмотре снимков, а так же могут стать причиной того, что какие-либо изменения останутся незамеченными. Во время обследования вы будете слышать шумы и звуки различной громкости. Для уменьшения шума вам дадут наушники. При необходимости вам будет сделан укол контрастного вещества, с помощью которого можно уточнить или исключить какие либо изменения. Контрастное вещество не содержит йода и хорошо переносится организмом.

## **Пожалуйста, заполните анкету:**

Были ли Вам сделаны какие-либо хирургические операции/процедуры? Да Нет

Были ли у Вас глазные травмы?  
(металлическая стружка, металлическая пыль и т.д.) Да Нет

Если да, опишите, пожалуйста .....

Были ли у Вас повреждения, нанесённые металлическим объектом (пуля, металлический осколок, осколок мины, бомбы, либо рабочего инструмента) Да Нет

Имеется ли у Вас аллергия на какое-либо лекарство? Да Нет

Если да, то на какое?.....

## **Вопрос женщинам:**

Беременны ли Вы? Да Нет

## **Установлены ли Вам:**

Клипсы, зажимы кровеносных сосудов Да Нет

Сердечный стимулятор либо дефибриллятор (ICD) Да Нет

Электроды или провода Да Нет

Инсулиновый (или какой-либо другой) насос	Да	Нет
Протезы суставов или костей / пластины, спицы, шурупы,	Да	Нет
Металлический фильтр, стент	Да	Нет
Шунт (в кровеносных сосудах, головном мозге, спине)	Да	Нет
Какие-либо металлические кусочки в организме	Да	Нет
Татуировки или перманентный макияж	Да	Нет
Имплантат в среднем ухе	Да	Нет
Какой-либо электронный имплантат или устройство	Да	Нет

**Есть ли у Вас:**

Клаустрофобия (боязнь замкнутого пространства)	Да	Нет
Судороги или бессознательные движения	Да	Нет
Нарушение дыхания (астма, кашель)	Да	Нет
Болезни почек, почечная недостаточность	Да	Нет

**ВВ! До того как вы войдете в кабинет МРТ Удалите все содержащие металл предметы такие как: слуховой аппарат, зубные протезы, украшения, очки, заколки, часы, булавки, магнитные карточки ( банковские карточки и т.д) мобильный телефон монеты ключи и т.д. Все личные вещи вы сможете оставить в гардеробной кабинке.**

Данным подтверждаю, что прочитал и полностью понял данный документ.

Если это необходимо по медицинским причинам **СОГЛАСЕН/НЕ СОГЛАСЕН** на укол контрастного вещества.

Анкету заполнял: пациент родственник пациента лечащий врач другой медицинский работник

Имя, фамилия и подпись: .....

Число ...../...../.....