

TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUM RADIOLOOGIAKLIINIK

Кабинет магнитно-резонансной томографии

Регистрация по телефону: 7318377



Для более точного обследования Вам необходимо сделать магнитно-резонансную томографию (МРТ). Для **обеспечения безопасности**, внимательно прочтите и заполните анкету.

Имя и фамилия

Личный код.....

Вес

Рост

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 хорошо переносится организмом.

Пожалуйста, заполните анкету:

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

Были ли у Вас глазные травмы? Да Нет

(металлическая стружка, металлическая пыль и т.д.)

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, датчик уровня сахара в крови? Да Нет

Протезы суставов или костей / пластины, спицы, шурупы? Да Нет

Съемный протез конечностей? Да Нет

Металлический фильтр, стент? Да Нет

Продолжение анкеты на обороте →

Шунт (в кровеносных сосудах, головном мозге, спине)?	Да	Нет
Какие-либо металлические кусочки в организме?	Да	Нет
Слуховой аппарат /имплантат в среднем ухе?	Да	Нет
Какой-либо электронный имплантат или устройство?	Да	Нет
Татуировки или перманентный макияж?	Да	Нет

Принимаете ли Вы:

Антидепрессанты, препараты для лечения нарушений сердечного ритма, аллергии

Есть ли у Вас:

Клаустрофобия или боязнь замкнутого пространства?	Да	Нет
Судороги или бессознательные движения?	Да	Нет
Болезни почек, почечная недостаточность?	Да	Нет

Вопросы женщинам:

Беременны ли Вы?	Да	Нет	Возможно
Начало последней менструации		Не помню
Принимаете ли Вы (женщины в состоянии менопаузы) препараты заместительной гормональной терапии (ЗГТ)?		Да	Нет

NB! До того как вы войдете в кабинет МРТ удалите слуховой аппарат, протезы (зубные и съемные протезы конечностей), украшения, очки, заколки, часы, булавки, магнитные карточки (банковские карточки и т.д) мобильный телефон, монеты, ключи и т.д.

Данным подтверждаю, что прочитал и полностью понял данный документ.

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

Анкету заполнил: пациент родственник пациента лечащий врач, другой медицинский работник

Имя, фамилия и подпись:.....
.....
Число/...../.....