



ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛАНК-АНКЕТА

подготовки к МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" Минздрава России
Санкт-Петербург, п. Песочный, тел. 8(812)43-99-555, www.nioncologii.ru

ОТДЕЛЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Дата обследования:

Время обследования

ВЫ МОЖЕТЕ ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ по тел.: +7 (812) 43-99-555

Убедительно просим Вас приходить на исследование за 15-20 минут до назначенного времени исследования: для регистрации процедуры и оформления документов, при себе нужно иметь медицинские документы с направлением (если Вы наблюдаетесь в другом лечебной учреждении).

Я, _____
(_____ - число, месяц, год рождения)

даю согласие на проведение процедуры магнитно-резонансной томографии. Я информирован, что в процессе исследования мне может быть дополнительно предложено введение контрастного вещества за отдельную плату. В случае моего отказа я осознаю, что информативность исследования будет существенно снижена. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы перед исследованием.

Мой вес составляет примерно (обведите цифру) <40 40 50 60 70 80 90 100 110 120 >120 кг

Мой рост составляет примерно (напишите цифрами) _____ см

Были ли у Вас побочные реакции на контрастные препараты для МРТ Да Нет

Были ли у Вас аллергические реакции, потребовавшие лечения Да Нет

Ставился ли Вам когда-нибудь диагноз:
- БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА Да Нет

- ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ (СКФ<30 мл/мин/1,73 м кв.) Да Нет

ОСТОРОЖНО!!! НЕ ВНОСИТЕ УКАЗАННЫЕ НИЖЕ ПРЕДМЕТЫ В КАБИНУ МРТ!

Это может привести к поражению пациента и/или поломке аппарата!

Кардиостимулятор (искусственный водитель ритма) Да Нет

Искусственный сердечный клапан Да Нет

Слуховой аппарат или инсулиновая помпа Да Нет

Съемные зубные протезы и скобы Да Нет

Металлические инородные тела: протезы, КАВА-фильтр, пластины, спицы, осколки Да Нет

Внутрикатетерная спираль Да Нет

Очки, часы, кошельки, ключи, монеты Да Нет

Бюстгальтер с металлическими застежками или «косточками» Да Нет

Карты с магнитной полосой или чипами Да Нет

Металлические застежки (молнии, кнопки, пряжки) Да Нет

Несъемные шпильки, заколки, булавки, серьги, кольца, корсеты Да Нет

Дата заполнения _____

Подпись пациента _____

/его законного представителя _____