

MRI vragenlijst - Oekraïens

Анкета для осіб, які мають намір проходити магнітно-резонансне обстеження (МРТ)

Проведення належного магнітно-резонансного обстеження вимагає запровадження та дотримання (суворих) запобіжних заходів. Через вплив магнітного поля, здебільшого проведення такого роду обстеження є майже завжди **неможливим** у випадку осіб з: **кардіостимуляторами та кардіовертерами-дефібриляторами (ICD), слуховими імплантатами, внутрішніми нервовими/нейростимулятором або розширювачами тканин.**

Цим ми просимо Вас якомога швидше заповнити вдома нижченаведену анкету. У тому випадку, якщо словом "так" Ви позначите відповіді на питання з 1 до 12 один чи більше разів, Вам необхідно буде якомога швидше зателефонувати до Відділення радіологічних обстежень (afdeling Radiologie) за номером телефона: (078) 654 71 90. Навіть якщо Ви сумніватиметеся в необхідності такого роду дзвінку, ми все одно просимо Вас зателефонувати до радіологічної клініки. Зробити це Ви можете з понеділка до п'ятниці з 08:00 до 16:30 години. При цьому, у Вашому випадку, може виникнути необхідність в застосуванні більшої кількості запобіжних заходів або ж у відстроченні проведення Вашого обстеження.

1. Вам було встановлено штучний серцевий клапан? ☐ так ☐ ні
2. Чи користувалися Ви коли-небудь кардіостимулятором, імплантованим петлевим реєстратором або кардіовертером-дефібрилятором (ICD або ILR) ☐ так ☐ ні
3. Чи встановлювали Вам коли-небудь кліпси або стенти до Ваших кровоносних судин? ☐ так ☐ ні
4. Чи використовуєте Ви **нервовий/нейростимулятор**? ☐ так ☐ ні
5. Чи користуєтеся Ви розширювачем тканин? ☐ так ☐ ні
6. Чи розташовані інсуліновий або інші види насосів у або на Вашому тілі? ☐ так ☐ ні
Або ж Ви користуєтеся системою моніторингового контролю рівня глюкози в крові (пластир)?
7. Чи використовуєте Ви штучний кришталік з металевими кліпсами? ☐ так ☐ ні
8. Чи маєте Ви слухові імплантати? ☐ так ☐ ні

9. Чи маєте Ви магнітні імпланти в Вашій щелепі? ☐ так ☐ ні
10. Чи не є Ви (припустимо) вагітними або чи не плануєте Ви завагітніти у майбутньому? ☐ так ☐ ні
11. Чи попадали Вам коли-небудь металеві уламки до ока? ☐ так ☐ ні
12. Чи працюєте (працювали) Ви в металообробній промисловості? ☐ так ☐ ні
13. Чи маєте Ви металеві або пластикові предмети всередині Вашого тіла, наприклад протези? ☐ так ☐ ні
14. Чи оперували Вас коли-небудь? ☐ так ☐ ні
15. Чи маєте Ви слухові апарати? ☐ так ☐ ні
16. Чи маєте Ви татуювання? ☐ так ☐ ні
17. Чи маєте Ви пірсинг? ☐ так ☐ ні
18. Чи використовуєте Ви медичний пластир? ☐ так ☐ ні
19. Чи користуєтеся Ви цинковими (оксидними) мазями ☐ так ☐ ні

Ваше ім'я: _____

Ваша дата народження: _____

Ваша вага: _____ кг та зріст: _____ м

На прийом Ви повинні завітати з заповненою вищевикладеною анкетой.