

<b>Dotazník pro pacienta před MR VYŠETŘENÍM (magnetickou rezonancí)</b>
---

Zakroužkujte u každé položky jednu z možností **ANO** / **NE**, pokud si nejste jisti, nevyplňujte. **Tučným typem písma** jsou uvedeny možnosti, které mohou závažně poškodit zdraví vyšetřovaného a jejich přesné určení je naprosto zásadní pro bezpečné provedení MR vyšetření.

**Případně další dotazy rád zodpoví provádějící lékař.**

**Prosím, zodpovězte tyto otázky:**

Máte kardiostimulátor nebo defibrilátor (přístroj ovlivňující srdce)?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Máte zavedenou inzulínovou pumpu?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Máte kochleární implantát (přístroj na podporu slyšení)?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Máte v těle jiný elektronický přístroj, implantát či stimulátor?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Jste po operaci aneurysmatu (výdutě) mozkové tepny?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Jste po náhradě srdeční chlopně?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Máte v tepnách či žilách cévní výztuž (stent), spirálky, žilní filtr?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Máte v oku či jinde v těle kovová cizí tělesa (střepiny, špony, broky...)?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Máte komorovou drenáž mozku?	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>
Jste po náhradě kloubu či operaci kosti (kovový kloub, dlahy, šrouby, dráty...)?	Ano	Ne
Jste po operaci páteře?	Ano	Ne
Jste po operaci žlučníku či jiné operaci břicha a máte v břiše svorky?	Ano	Ne
Máte tetování, piercing, trvalý make-up, fixní rovnátka?	Ano	Ne
Máte vyjímatelnou zubní protézu či naslouchadlo?	Ano	Ne
Trpíte alergií na léky, dezinfekci či kontrastní látku?	Ano	Ne
Léčíte se se závažným onemocněním ledvin?	Ano	Ne
Máte strach z uzavřených prostor (klaustrofobii)?	Ano	Ne
Kojíte nebo jste těhotná?	Ano	Ne
V případě potřeby souhlasím s podáním kontrastní látky.	Ano	Ne

Datum, identifikace a podpis indikujícího lékaře: .....

Datum, jméno a podpis pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka: .....

Datum, identifikace a podpis radiologického asistenta/sestry: .....