NACIONALNA MEMORIJALNA BOLNICA "DR. JURAJ NJAVRO" VUKOVAR

ODJEL ZA RADIOLOGIJU

Ambulanta za MR dijagnostiku

VUKOVAR, Županijska 37

Ime i prezime:_____ Datum pregleda: _____

Mjesto/adresa : _____ Datum rođ. : _____

(za ambulantnog bolesnika)

Telefon:_____

Klinika/zavod/odjel: _____ Visina/ težina:_____

(za hospitaliziranog bolesnika)

Koji dio tijela/organ se snima? _____

Pitanja koja slijede pročitajte pažljivo i odgovorite zaokruživanjem ponuđenih odgovora:
O pažljivom ispunjavanju gore navedenih pitanja ovisi kvaliteta pregleda i Vaša sigurnost pri izvođenju ove pretrage.

Jeste li trudni ili postoji mogućnost trudnoće? DA NE
Ako da, u kojem ste tjednu trudnoće (odgovaraju žene)? _____

Imate li ugrađen:	**- kontracepcijski uložak ili spiralu?**	**DA**	**NE**
	- srčani stimulator (pacemaker)?	**DA**	**NE**
	- umjetni zalistak u srcu?	**DA**	**NE**
	- automatski potkožni injektor lijekova?	**DA**	**NE**
	- implantant mjehura?	**DA**	**NE**
	- slušni, očni ili zubni implantant?	**DA**	**NE**
	- bilo kakav drugi implantant?	**DA**	**NE**
Imate li metalnih pedmeta u glavi?		**DA**	**NE**
Jeste li ikada imali metala u tijelu (industrijski rad, ranjavanje, prometna nesreća ili slične nezgode)?		**DA**	**NE**
Radite li u metalnoj industriji ili ste u kontaktu s metalnim strugotinama, ispiljcima i slično?		**DA**	**NE**
Imate li bilo kakve metalne koštano-zglobne proteze, vijke ili metalne pločice?		**DA**	**NE**
Jeste li alergični na kontrastna sredstva, bolujte li od težih srčanih ili bubežnih bolesti?		**DA**	**NE**

Sukladno članku 26. Zakona o zdravstvenoj zaštiti sam upoznat-a, na meni razumljiv način, s prirodom moje bolesti suglasan-na sam s očekivanim medicinskim intervencijama potrebnim u obradi i liječenju moje bolesti.
Upoznat-a sam s koristi, mogućim komplikacijama i neugodama predmijevanih pretraga.

Potvrđujem da su gore navedeni odgovori istiniti, te da sam u slučaju medicinske indikacije suglasan-na sa primjenom i.v. kontrastnog sredstva, što i vlastoručno potpisujem.

Datum: Potpis

---------- ----------

Ispunjava osoblje Odjela za radiološku dijagnostiku.

Ako bolesnik nije u stanju potpisati gore navedeni upitnik navedite zašto i navedite tko se umjesto njega potpisao i jamči istinitost podataka. _____

Ako je bolesnik komatozan, premlad ili konfuzan jeste li provjerili sigurnost snimanja s radiologom?

Zaokružite odgovor : DA NE

Je li potvrda pismena ili usmena: PISMENA USMENA

Potpis ovlaštene osobe koja je pregledala upitnik:

U Vukovaru, _____ _____