**PACIENTA ANKETA MR IZMEKLĒJUMA VEIKŠANAI**

VĀRDS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UZVĀRDS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONAS KODS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SVARS (kg) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jūsu deklarētā dzīvesvieta:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Vajadzīgo apvilkt!***

1. **Vai ir veiktas sirds operācijas? Jā Nē**

Ja “Jā”, tad kādas:

*(sirds stimulators, sirds vārstuļu protezēšana u.c.)*

1. **Vai organismā ir metāliski svešķermeņi? Jā Nē**

Ja “Jā”, tad kādi:

*(endoprotēzes, metāliskas skrūves, šķembas, lodes)*

1. **Vai ir dzirdes aparāts? Jā Nē**
2. **Vai ir veiktas galvas, muguras operācijas? Jā Nē**

Ja “Jā”, tad kādas un kad:

1. **Vai ir alerģiskas reakcijas uz medikamentiem? Jā Nē**

Ja “Jā”, tad uz kādiem:

*(nosaukumi)*

1. **Jautājums tikai sievietēm – vai ir grūtniecība? Jā Nē**
2. **Vai Jums ir klaustrofobija? Jā Nē**
3. **Vai Jums ir tetovējums? Jā Nē**

**Apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa.**

MR izmeklējuma veikšanai un samaksai piekrītu.

Bērniem līdz 18 g.v. anketu aizpilda vecāki vai oficiālie aizbildņi.

Esmu informēts/a par iespējamiem apdegumiem uz ķermeņa daļām ar tetovējumiem.

Visa Jūsu sniegtā informācija ir konfidenciāla un netiks izplatīta ārpus iestādes.

Sensitīvie personas dati tiks izmantota tikai ārstniecības vajadzībām.

***Pacienta:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vārds, uzvārds) (paraksts)

***Datums:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Laiks:***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Piezīmes (aizpilda radiologa asistents), izmeklējumu veica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_