

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.)

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

Ja "Jā", tad kādi:

(endoprotēzes, metāliskas skrūves, šķembas, lodes)

3. **Vai ir dzirdes aparāts?** **Jā** **Nē**

4. **Vai ir veiktas galvas, muguras operācijas?** **Jā** **Nē**

Ja "Jā", tad kādas un kad:

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

Ja "Jā", tad uz kādiem:

(nosaukumi)

6. **Jautājums tikai sievietēm – vai ir grūtniecība?** **Jā** **Nē**

7. **Vai Jums ir klaustrofobija?** **Jā** **Nē**

8. **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 izmantoti tikai ārstniecības vajadzībām.

Pacienta: _____

(vārds, uzvārds)

(paraksts)

Datums: _____

Laiks: _____

Piezīmes (aizpilda radiologa asistents), izmeklējumu veica _____

