**АНКЕТА ПАЦИЕНТА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

**ИССЛЕДОВАНИЯ МРТ**

ИМЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФАМИЛИЯ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПЕРСОНАЛЬНЫЙ КОД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВЕС (кг)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваше декларированное место проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Нужное обвести!***

1. **Были ли операции на сердце? Да Нет**

Если “*Да*”, то какие:

*(кардиостимулятор, протезирование сердечных клапанов и т.п.)*

1. **Имеются ли в организме металлические инородные тела?**

**Да Нет**

Если “*Да*”, то какие:

*(эндопротез, металлические крепления, осколки, пули)*

1. **Используете ли слуховой аппарат? Да Нет**
2. **Проводились ли операции головы, спины? Да Нет**

Если “*Да*”, то какие:

1. **Есть ли лекарственная аллергия? Да Нет**

Если “*Да*”, то на какие лекарства:

*(названия)*

1. **Вопрос для женщин - наличие беременности? Да Нет**
2. **Страдаете ли клаустрофобией? Да Нет**
3. **Есть ли у вас татуировка? Да Нет**

**Подтверждаю, что предоставленная информация верна.**

Соглашаюсь на проведение и оплату исследования МРТ.

Для детей до 18 лет анкету заполняют родители или официальные представители.

Я проинформирован/а о возможных ожогов частей тела с татуировками.

Вся предоставленная Вами информация конфиденциальная и не будет использоваться за пределами учреждения.

Личные данные будут использоваться только в медицинских целях.

***Пациента:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (имя, фамилия) (подпись)

***Дата:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***Время:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечания (заполняет ассистент радиолога), обследование провел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_