**MRI vragenlijst - Oekraïens**

**Анкета для осіб, які мають намір проходити магнітно-резонансне обстеження (МРТ)**

Проведення належного магнітно-резонансного обстеження вимагає запровадження та додержання (суворих) запобіжних заходів. Через вплив магнітного поля, здебільшого проведення такого роду обстеження є майже завжди **неможливим** у випадку осіб з: **кардіостимуляторами та кардіовертерами-дефібриляторами (ICD), слуховими імплантатами, внутрішніми нервовими/нейростимулятором або розширювачами тканин.**

Цим ми просимо Вас якомога швидше заповнити вдома нижченаведену анкету. У тому випадку, якщо словом "так" Ви позначите відповіді на питання з 1 до 12 один чи більше разів, Вам необхідно буде якомога швидше зателефонувати до Відділення радіологічних обстежень (afdeling Radiologie) за номером телефона: (078) 654 71 90. Навіть якщо Ви сумніватиметеся в необхідності такого роду дзвінку, ми все одно просимо Вас зателефонувати до радіологічної клініки. Зробити це Ви можете з понеділка до п'ятниці з 08:00 до 16:30 години. При цьому, у Вашому випадку, може виникнути необхідність в застосуванні більшої кількості запобіжних заходів або ж у відстроченні проведення Вашого обстеження.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Вам було встановлено штучний серцевий клапан? | * так | * ні |
| 2. | Чи користувалися Ви коли-небудь кардіостимулятором, імплантованим петлевим реєстратором або кардіовертером-дефібрилятором (ICD або ILR) | * так | * ні |
| 3. | Чи встановлювали Вам коли-небудь кліпси або стенти до Ваших кровоносних судин? | * так | * ні |
| 4. | Чи використовуєте Ви **нервовий/нейростимулятор**? | * так | * ні |
| 5. | Чи користуєтеся Ви розширювачем тканин? | * так | * ні |
| 6. | Чи розташовані інсуліновий або інші види насосів у або на Вашому тілі?  Або ж Ви користуєтеся системою моніторингового контролю рівня глюкози в крові (пластир)? | * так | * ні |
| 7. | Чи використовуєте Ви штучний кришталик з металевими кліпсами? | * так | * ні |
| 8. | Чи маєте Ви слухові імплантати? | * так | * ні |
| 9. | Чи маєте Ви магнітні імплантати в Вашій щелепі? | * так | * ні |
| 10. | Чи не є Ви (припустимо) вагітними або чи не плануєте Ви завагітніти у майбутньому? | * так | * ні |
| 11. | Чи попадали Вам коли-небудь металеві уламки до ока? | * так | * ні |
| 12. | Чи працюєте (працювали) Ви в металообробній промисловості? | * так | * ні |
| 13. | Чи маєте Ви металеві або пластикові предмети всередині Вашого тіла, наприклад протези? | * так | * ні |
| 14. | Чи оперували Вас коли-небудь? | * так | * ні |
| 15. | Чи маєте Ви слухові апарати? | * так | * ні |
| 16. | Чи маєте Ви татуювання? | * так | * ні |
| 17. | Чи маєте Ви пірсинг? | * так | * ні |
| 18. | Чи використовуєте Ви медичний пластир? | * так | * ні |
| 19. | Чи користуєтеся Ви цинковими (оксидними) мазями | * так | * ні |

Ваше ім'я:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваша дата народження: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваша вага: \_\_\_\_\_\_\_\_ кг та зріст: \_\_\_\_\_\_\_\_м

**На прийом Ви повинні завітати з заповненою вищевикладеною анкетою.**

Div 0168

Augustus 2024