**MRI vragenlijst Roemeens**

**Chestionar RMN**

Pentru un examen RMN sunt necesare câteva măsuri de precauție (stricte).

Din cauza câmpului magnetic, în general **nu** este **posibil** acest examen medical în cazul persoanelor cu: **stimulator cardiac sau ICD, implanturi auditive, stimulator nervos/neuronal intern sau expandere de țesut.**

Vă rugăm să completați următoarele întrebări acasă, cât mai curând posibil. Dacă bifați da la una sau mai multe dintre întrebările de la 1 la 12, vă rugăm să sunați la secția Radiologie cât mai curând posibil, la tel. (078) ) 654 71 90. Sunați la policlinica de radiologie și dacă aveți îndoieli sau dubii. Puteți face acest lucru de luni până vineri între orele 08:00-16:30. Este posibil să fie necesare precauții suplimentare sau să fie necesară amânarea examenului RMN.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I.  | Aveți o valvă cardiacă artificială?  | * da
 | * nu
 |
| 2. | Aveți un stimulator cardiac, un defibrilatorul cardiac implantabil (ICD) sau un aparat de înregistrare în buclă implantabil (ILR) sau ați avut vreodată unul? | * da
 | * nu
 |
| 3. | V-au fost montate vreodată cleme sau stenturi în vasele de sânge? | * da
 | * nu
 |
| 4. | Aveți un stimulator nervos/un neurostimulator? | * da
 | * nu
 |
| 5. | Aveți un expander de țesut? | * da
 | * nu
 |
| 6. | Aveți o pompă de insulină sau un alt timp de pompă în sau pe corpul dumneavoastră?Aveți un sistem de măsură a glucozei (un plasture)? | * da
 | * nu
 |
| 7. | Aveți o lentilă artificială în care au fost utilizate cleme metalice?  | * da
 | * nu
 |
| 8. | Aveți implanturi auditive? | * da
 | * nu
 |
| 9. | Aveți implanturi magnetice în maxilar? | * da
 | * nu
 |
| 10. | Sunteți (probabil) însărcinată sau bănuiți că sunteți?  | * da
 | * nu
 |
| 11. | Aveți sau ați avut vreodată așchii metalice în ochi? | * da
 | * nu
 |
| 12. | Lucrați (sau ați lucrat) în industria metalurgică? | * da
 | * nu
 |
| 13. | Aveți obiecte metalice sau din material plastic în corp, de exemplu proteze? | * da
 | * nu
 |
| 14. | Ați suferit vreodată intervenții chirurgicale?  | * da
 | * nu
 |
| 15. | Aveți aparat auditiv? | * da
 | * nu
 |
| 16. | Aveţi tatuaje? | * da
 | * nu
 |
| 17.  | Aveţi piercing-uri?  | * da
 | * nu
 |
| 18.  | Aveți plasturi cu eliberare de medicamente?  | * da
 | * nu
 |
| 19. | Folosiți unguent cu (oxid de) zinc  | * da
 | * nu
 |

Numele și prenumele dvs.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data nașterii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Greutate: \_\_\_\_\_\_\_\_ kg și înălțime: \_\_\_\_\_\_\_\_m

**Vă rugăm aduceți chestionarul completat la programare.**

Div 0166

augustus 2024