

## UPITNIK I SUGLASNOST ZA MAGNETSKU REZONANCIJU (MR)

Ime i prezime \_\_\_\_\_ Datum rođenja \_\_\_\_\_

Visina/težina \_\_\_\_\_ cm/\_\_\_\_\_ kg Spol  M  Ž MR pretraga (koji dio tijela):\_\_\_\_\_

Prije početka pretrage potrebno je otkloniti sve metalne predmete uključujući slušne aparate, zubne proteze, ključeve, mobitele, satove, nakit, kovance, kreditne kartice, piercinge, upaljače i ostale metalne predmete.

- Važno je odgovoriti na sva pitanja točno zbog vlastite sigurnosti ! -

**Odgovorite na sva pitanja označavanjem ponuđenih odgovora.**Ako je vaš odgovor DA na bilo koje pitanje obavezno nas kontaktirajte

Imate li srčani stimulator (pacemaker)/defibrilator?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Jeste li operirali srce (stent/srčani zalisci)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Imate li metalnih predmeta u glavi (klipsa aneurizme)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Radite li sa metalima ili ste imali/imate metala u očima?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Imate li metala u bilo kojem dijelu tijela (geleri, industrijski rad i sl.)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Jeste li imali operacije koje uključuju implantate, metalne pločice, stentove, klipse, filtere ili zglobne proteze (umjetni kuk, umjetno koljeno i sl.)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Imate li bilo kakav elektronički, mehanički ili magnetski implantat (holter-EKG i sl.)?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Jeste li operirani unutar posljednjih 6 tjedana?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Jeste li trudni ili sumnjate na trudnoću?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE
Jeste li u zadnja 24 sata primili bilo kakvo kontrastno sredstvo?	<input type="radio"/> DA	<input type="radio"/> NE

Imate li ista od navedenog? (molim označiti):

Zubne proteze <input type="checkbox"/>	Slušni aparat <input type="checkbox"/>	Perika/Vlasulja <input type="checkbox"/>	Toplinski flasteri, <input type="checkbox"/> flasteri koji otpuštaju lijek	Piercing <input type="checkbox"/>	Tetovaža <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	-----------------------------------	-----------------------------------

Imate li koju od navedenih dijagnoza? (molim označiti):

Epilepsija <input type="checkbox"/>	Dijabetes <input type="checkbox"/>	Bolesti srca/Angina <input type="checkbox"/>	Bubrežni problemi <input type="checkbox"/>
Jetreni problemi <input type="checkbox"/>	Glaukom <input type="checkbox"/>	Alergije (hrana, lijekovi) <input type="checkbox"/>	Alergije na kontrastno sredstvo <input type="checkbox"/>

Navedite alergije: \_\_\_\_\_

**Pristajete li na davanje kontrastnog sredstva ako to pregled zahtijeva?**  DA  NE**SUGLASNOST za prihvaćanje preporučenog dijagnostičkog postupka**

U skladu s člancima 8. i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata, upoznat/a sam na meni razumljiv način s potrebotom za ovaj pregled, mogućim komplikacijama i popratnim pojavama te sam razumio/la pročitano i mogao/la sam postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća. *Stoga izjavljujem da slobodnom voljom utemeljenoj na potpunoj obaviještenosti o preporučenom dijagnostičkom postupku i svojstvima lijeka (kontrasta), koju sam dobio/la u pisanim obliku, dajem suglasnost za prihvaćanje pregleda MR (magnetska rezonancija) sto potvrđujem vlastoručnim potpisom.*

*Potpisom na ovoj suglasnosti ujedno potvrđujem i da su gore navedeni odgovori istiniti.*

**\*(Napomena:** za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta potrebno je navesti i ime i prezime zakonskog skrbnika, odnosno skrbnika, koji se potom potpisuje).

**Ispunjavanje medicinsko osoblje:**

(potpis pacijenta/skrbnika)

Napomena uz pregled: \_\_\_\_\_

Informirao pacijenta: \_\_\_\_\_

(ime i prezime, potpis)

Naljepnica kontrasta:

--