	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA: 1/3
	Sigurnost okruženja	PR-SOPK7-12.0
	UPITNIK ZA MAGNETSKU REZONANCIJU (MR)	IZDANJE: 1

### UPITNIK ZA PROCJENU SIGURNOSTI SNIMANJA MR-om

<b>Prezime i ime:</b>	
<b>Datum rođenja:</b>	
<b>Spol:</b>	<input type="checkbox"/> muški <input type="checkbox"/> ženski
<b>MBO ili OIB ili broj putovnice ili EU kartica ili broj s certifikata ili broj izbjegličkog kartona:</b>	


<b>Koliko ste visoki (u cm)?</b>	
<b>Koliko ste teški (u kg)?</b>	
<b>Kolika je vrijednost serumskog kreatinina?</b> (upisuje se vrijednost koja nije starija više od jedan (1) mjesec na dan MR pretrage)	

Poštovani, pažljivo pročitajte ovaj upitnik! Ukoliko ste na bilo koje pitanje odgovorili s „DA“, molimo Vas da upišete detaljne informacije u predviđeni prostor.

JESTE LI IMALI OPERATIVNI ZAHVAT?	DA	NE
<b>Navedite vrstu operativnog zahvata:</b> (npr. operacija žučnog sustava, krvnih žila, srca, kosti i zglobova, drugo?)	<b>Navedite vrijeme kada je bio operativni zahvat:</b>	
1.		
2.		
3.		

JESTE LI ALERGIČNI?	ODGOVOR		DETALJNE INFORMACIJE
NA HRANU?	DA	NE	
NA LIJEKOVE?	DA	NE	

IMATE LI METALNA STRANA TIJELA U BILO KOJEM DIJELU TIJELA?	DA	NE	
(posljedice ranjavanja/geleri, prometne nezgode, rad u industrijskim pogonima)			


	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA: 2/3
	Sigurnost okruženja	PR-SOPK7-12.0
	UPITNIK ZA MAGNETSKU REZONANCIJU (MR)	IZDANJE: 1

IMATE LI UGRAĐEN MEDICINSKI METALNI MATERIJAL?	ODGOVOR		DETALJNE INFORMACIJE
METALNE KOPČE	DA	NE	
IMPLANTATE U KRVNIM ŽILAMA/ STENTOVE	DA	NE	
UMJETNE SRČANE ZALISKE	DA	NE	
ZGLOBNE PROTEZE	DA	NE	
METALNE PLOČICE, VIJKE ILI FIKSATORE U KOSTIMA	DA	NE	
ZUBNE IMPLANTATE ILI ORTODONTSKE KOREKCIJSKE PROTEZE	DA	NE	
DRUGO:	DA	NE	

<b>*za žene</b> IMATE LI INTRAUTERINI (UNUTARMATERNIČNI) ULOŽAK - SPIRALU?	DA	NE
JESTE LI TRUDNI?	DA Koji tjedan trudnoće?	NE

IMATE LI UGRAĐENE MEDICINSKE UREĐAJE?	ODGOVOR		DETALJNE INFORMACIJE
SRČANI ELEKTROSTIMULATOR / PACEMAKER ILI DEFIBRILATOR	DA	NE	
KATETER ZA VENTRIKULO- PERITONEALNU DRENAŽU	DA	NE	
SPINALNI ILI DRUGI NEUROSTIMULATOR	DA	NE	
POTKOŽNI INJEKTOR LIJEKOVA	DA	NE	
SLUŠNI IMPLANTAT	DA	NE	
INTRAOKULARNE LEĆE	DA	NE	
- DRUGO:	DA	NE	

<b>PATITE LI OD KLAUSTROFOBIE?</b> (straha od malog i zatvorenog prostora)	DA	NE	
---	----	----	--

	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb	STRANICA: 3/3
	Sigurnost okruženja	PR-SOPK7-12.0
	UPITNIK ZA MAGNETSKU REZONANCIJU (MR)	IZDANJE: 1

Prije MR pregleda morate **ukloniti sve metalne predmete** poput nakita, ručnog sata, ukosnica, ključeva, penkala, kovanica, mobitela, kreditnih i bankovnih kartica. Obavezno uklonite slušni aparat ili nefiksiranu zubnu protezu. Također, morate skinuti **odjeću koja sadrži metalne dijelove** (poput grudnjaka sa žicom, odjeće s metalnim gumbima i zatvaračima ili metalnim koncem pletenim ukrasima) te ćete obući bolnički ogrtač.

<b>Ovaj upitnik potpisujem u svojstvu:</b> <i>(zaokružite odgovor)</i>	<input type="checkbox"/> <b>PACIJENTA</b>	<input type="checkbox"/> <b>ZAKONSKOG ZASTUPNIKA/SKRBNIKA</b>
	<i>(potpis pacijenta)</i>	<i>(potpis zakonskog zastupnika/skrbnika)</i> <b>OIB:</b>
U Zagrebu, dana	vrijeme:	

Priložite svu medicinsku dokumentaciju kojom dokazujete pozitivne odgovore na postavljena pitanja.

**Ispunjava liječnik ukoliko pacijent nije u stanju samostalno odgovoriti na upitnik**

**PACIJENT NIJE U STANJU SAMOSTALNO ODGOVORITI NA UPITNIK IZ SLIJEDEĆIH RAZLOGA:** *(zaokružite odgovore)*

- Pacijent je bez svijesti
- Bolesnik ne može razumjeti ili shvatiti obrazloženje zbog oštećenih kognitivnih sposobnosti.
- Pacijentu je potreban hitan dijagnostički ili terapijski postupak te se nije moglo čekati da razlozi budu navedeni

**Ime i prezime doktora medicine koji je prikupio informacije iz upitnika:**

*(potpis i faksimil doktora medicine)*