

BIFATI RASPUNSUL CORECT

- Suferiti de claustrofobie? DA NU
- Aveti implanturi metalice (pacemaker cardiac,clipuri vasculare,implant auditiv,piercing clip post-colecistectomie,tije metalice ortopedice,sterilet,corpi straini intraoculari)? DA NU
- Ati mai primit substanta de contrast? DA NU
- Daca ati raspuns DA,ati avut reactii alergice la substanta de contrast? DA NU
- Va stiti alergic la praf, polen,pulberi, intepaturi de albine,,iod, penicilina,alte medicamente ?
Alte alergii :..... DA NU
- Subliniati afectiunile de care suferiti : Astm bronsic / rinita alergica / epilepsie / diabet zaharat / boli inima / insuficienta renala / insuficienta hepatica
- Ati efectuat interventii chirurgicale ? DA NU
Denumirea interventiei, anul
- Ati facut chimioterapie (nr. sedinte) Data ultimei cure DA NU
- Ati facut radioterapie? (nr. sedinte) Data ultimei cure DA NU
- Ati facut tratament hormonal ? Data inceperii DA NU
- **SUNTETI INSARCINATA ?** DA NU

CONSIMITAMANT INFORMAT IN VEDEREA EFECTUARII EXAMENULUI RMN

Semnatura mea pe acest document inseamna ca:

- am citit si am inteles informatiile din formularul "FISA DE INFORMARE A PACIENTULUI IN VEDEREA EFECTUARII EXAMENULUI RMN" privind examinarea
- am avut posibilitatea sa pun intrebari lamuritoare si am primit raspunsuri legate de examinare si administrarea substantei de contrast (daca este cazul)
- declar ca am inteles procedura si am fost informat asupra riscurilor si beneficiilor acesteia cat si asupra riscurilor si beneficiilor procedurilor alternative
- autorizez si consimt efectuarea examinarii

Bifati optiunea dumneavoastra referitor la administrarea substantei de contrast:

- Sunt de accord cu administrarea substantei de contrast
- Nu sunt de accord cu administrarea substantei de contrast si imi asum riscul neefectuării investigatiei complete recomandate de medic

Nume/ Prenume _____

CNP _____ Greutate _____

Semnatura Pacientului _____ Data _____