



Centrul de Imagistica Medicala Promed System

Adresa: Str. Benone Georgescu nr. 12

Telefon: 0735.555.396 ; 0245/620.080

E-mail: imagistica@clinica-promed.ro

www.clinica-promed.ro

## INCERCUITI RASPUNSUL VALABIL

URGENTA

DA NU

### IMAGISTICA PRIN REZONANTA MAGNETICA – CHESTIONAR PENTRU PACIENT

Data ___/___/___	Nr. Registru _____
Nume si prenume _____	Sex M/F _____
Varsta _____ CNP _____	Data nasterii ___/___/___
Inaltime _____ Greutate _____	Adresa _____
Telefon _____	
Motivetele examinarii IRM si/sau simptomele principale _____	
Medic trimitator _____	

1. Ati suferit interventii chirurgicale sau alt tip de operatii(artroscopie, endoscopie, etc)	Nu	Da
Daca ati avut, indicati data si tipul interventiei:		
Data _____	Tipul interventiei _____	
Data _____	Tipul interventiei _____	
Data _____	Tipul interventiei _____	
2. Ati efectuat si alte investigatii imagistice?	Nu	Da
Daca da, mentionati: Segmentul examinat Data Unitatea medicala		
IRM	_____	_____
CT	_____	_____
Radiologie	_____	_____
Ecografie	_____	_____
Medicina nucleara	_____	_____
3. Ati avut probleme legate de un examen IRM anterior?	Nu	Da
Descrieti _____		
4. Ati avut vreun traumatismocular, in special cu obiecte metalice: span, alte fragmente metalice?	Nu	Da
Descrieti _____		
5. Ati fost ranit(a) vreodata de un obiect metalic: alice, glont, span etc?	Nu	Da
6. Faceti vreun tratament medicamentos in prezent?	Nu	Da
Specificati _____		
7. Sunteti alergic(a) la vreun medicament?	Nu	Da
La ce medicament(e)? _____		
8. Aveti antecedente de astm bronic, reactii alergice, boli respiratorii sau reactii la vreuna dintre substantele de contrast utilizate la IRM, CT, urografie, colangio-colecistografie, etc?	Nu	Da
Daca da, specificati _____		
9. Suferiti de boli aveti antecedente de afectiuni renale, insuficienta renala, transplant renal, boli hepatice, hipertensiune arteriala, comitalitate ale sangelui	Nu	Da
Specificati _____		

Pentru pacientele de sex feminin:			
10. Data ultimei menstruatii: ___/___/___	Postmenopauza?	Nu	Da
11. Sunteti gravida sau aveti intarzierea ciclului menstrual?		Nu	Da
12. Primiti tratament contraceptiv sau alte tratamente hormonale?		Nu	Da
13. Faceti vreun tratament pentru fertilitate?		Nu	Da
14. Alaptati?		Nu	Da

F\_PO\_PS\_CIM\_07\_1

## INCERCUITI RASPUNSUL VALABIL

<p>Indicati daca aveti urmatoarele:</p> <p>Da Nu Clipuri intracraniene</p> <p>Da Nu Pacemaker cardiac</p> <p>Da Nu Defibrilator Cardioverter</p> <p>Da Nu Dispozitive sau implanturi electronice</p> <p>Da Nu Dispozitive sau activare magnetica</p> <p>Da Nu Neurostimulatori</p> <p>Da Nu Electrozi sau cabluri</p> <p>Da Nu Materiale de osteosinteza(tije, suruburi, placi, etc)</p> <p>Da Nu Implantate cohleare</p> <p>Da Nu Pompe de insulina sau de medicamente</p> <p>Da Nu Orice tip de proteza(sold, genunchi, membre, ochi)</p> <p>Da Nu Proteze valvulare cardiace</p> <p>Da Nu Stenturi metalice, filtre(venoase), antene</p> <p>Da Nu Shunt, spinal sau intraventricular</p> <p>Da Nu Cateter metalic</p> <p>Da Nu Implantate radioactive</p> <p>Da Nu Plasturi medicalizati (Nicotina, Nitroglicerina, etc.)</p> <p>Da Nu Dispozitiv intrauterin, pesar</p> <p>Da Nu Proteze dentare</p> <p>Da Nu Tatuaje sau machiaj permanent</p> <p>Da Nu Body piercing</p> <p>Da Nu Aparat auditiv(se scoate inainte de a intra in sala)</p> <p>Da Nu Alte tipuri de implanturi: mamare, peniene, etc.</p> <p>Da Nu Probleme respiratorii sau motorii</p> <p>Da Nu Claustrofobie</p>	<p style="text-align: center;"><b>! STRICT INTERZIS!</b></p> <p style="text-align: center;">- implanturi sensibile la efecte electromagnetice</p> <p style="text-align: center;">- stimuloare cardiace</p> <p style="text-align: center;">- defribilatoare, aparate auditive, pompe de insulina, pompe de medicatie</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Consultati tehnicianul IRM, fizicianul sau radiologul <b>inainte</b> de a intra in camera aparatului.</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Magnetul este in permanenta in functiune!</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;">Inainte de a intra in campul magnetic sau in camera in care se afla instalatia se rezonanta magnetica, trebuie sa indepartati <b>toate</b> obiectivele metalice, inclusiv aparat auditiv , proteze sau aparate dentare mobile, chei, pager, telefon mobil, ochelari, agrafe de par sau de hartie, bijuterii, ceas de mana, carti de credit, monezi, pix sau stilou, briceag, unghiera, orice unelte metalice, hartie cu sisteme de inchidere metalice sau cu fir metalic.</p>
<p>In timpul examenului va trebui sa purtati casti sau alt dispozitiv de protectie a auzului, pentru a preveni eventualele probleme legate de zgomot produs de functionarea aparatului.</p> <p><b>EFFECTUEZ RMN</b> .....</p> <p>.....</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Declar ca informatiile de mai sus sunt corecte si complete si ca nu am omis nimic din ceea ce stiu. Am citit si am inteles continutul acestui formular, am avut posibilitatea sa pun intrebari despre investigatia pe care urmeaza sa o efectuez si sunt de acord cu efectuarea acesteia.</b></p> <p>Semnatura persoanei care a completat formularul _____ Data ___/___/_____</p> <p>Formular completat de: Pacient/ Ruda (nume) _____</p> <p>Formular verificat de Tehnician IRM/ Fizician/ Medic radiolog/ Asistent medical(nume) _____ Semnatura _____</p> <p style="text-align: right;">Data ___/___/_____</p>	