

Ime i prezime Datum rođenja

Vrsta pregleda Datum pregleda Visina Težina

Prije snimanja MR-om, sa ili bez primjene kontrastnog sredstva, potrebno je ispuniti upitnik u daljnjem tekstu. U slučaju pitanja/potrebnog pojašnjenja, obratite se radiološkom tehnologu koji će obaviti pregled.

1. Imate li bilo što od niže navedenog?

a. Stent	DA	NE
b. Srčani elektrostimulator	DA	NE
c. Aorto-koronarnu premosnicu	DA	NE
d. Umjetni srčani zalistak	DA	NE
e. Kirurške pločice	DA	NE
f. Klipse za aneurizmu	DA	NE
g. Zamjenski(-e) zglob(-ove)	DA	NE
h. Usadak(implatant) u oku, uhu ili zubima	DA	NE
i. Bilo kakve druge metalne komadiće (navedite)	DA	NE

2. Jeste li ikada imali bilo kakve štetne reakcije nakon injekcije kontrastnog sredstva za MR? DA NE

3. Bolujete li od bilo kojeg od sljedećih stanja?

a. Klaustrofobija	DA	NE
b. Bubrežna bolest (uključujući operaciju bubrega, transplantaciju bubrega)	DA	NE
c. Diabetes mellitus	DA	NE
d. Hipertireoza	DA	NE
e. Ulozi (giht)	DA	NE
f. Srčano zatajenje	DA	NE

4. Jeste li na dijalizi? DA NE

5. Imate li nedavni (do 4 tjedna) nalaz kreatinina? DA NE

6. (za pacijentice):

a. Jeste li trudni ili postoji bilo kakva mogućnost da ste trudni?	DA	NE
b. Dojite li?	DA	NE
c. Imate li unutarmaternični kontracepcijski uložak (spiralu)?	DA	NE

Potvrđujem da sam u cijelosti informiran o svim stadijima procesa poduzimanja predmetnog radiološkog snimanja, uključivo i o primjeni kontrastnog sredstva i vezanim rizicima, slijedom čega **pristajem** na predmetni zdravstveni pregled **uz primjenu kontrastnog sredstva**, te dodatno potvrđujem da je zatraženi prijedlog u cijelosti medicinski indiciran i preporučen te u skladu s mojim pristankom na njegovo poduzimanje.

Ne pristajem na gore navedeni pregled

Potvrđujem da sam u cijelosti informiran o svim stadijima procesa poduzimanja predmetnog radiološkog snimanja, uključivo i o primjeni kontrastnog sredstva i vezanim rizicima, slijedom čega **pristajem** na predmetni zdravstveni pregled ali **bez primjene kontrastnog sredstva**, te dodatno potvrđujem da je zatraženi prijedlog u cijelosti medicinski indiciran i preporučen te u skladu s mojim pristankom na njegovo poduzimanje.

Ime pacijenta ili zakonskog predstavnika: _____

Potpis pacijenta (ili zakonskog predstavnika): _____

(za radiološkog tehnologa)

(oznaka kontrastnog sredstva)

SeCre: _____

eGFR: _____

Ime i prezime radiološkog tehnologa:

Potpis radiološkog tehnologa: