

Zakład Diagnostyki Obrazowej
Pracownia Rezonansu Magnetycznego

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCGZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCCZ” S.A.

ANKIETA - załącznik do badania
REZONANS MAGNETYCZNY stawu kolanowego / skokowego

Dotyczy: ☐ staw kolanowy ☐ staw skokowy

Imię i nazwisko Pacjenta:

1. Badany staw kolanowy / skokowy: ☐ PRAWY ☐ LEWY

2. Dolegliwości bólowe:

[] ból przy schodzeniu ze schodów [] ból przy wchodzeniu po schodach
[] ból w przedniej części kolana [] ból w dole kolanowym
[] uczucie przeskakiwania w stawie
[] inne dolegliwości:

3. Czy doznał/a Pan/i urazu badanego stawu kolanowego / skokowego?

☐ NIE ☐ TAK, proszę podać kiedy:

4. Czy badany staw był poddany zabiegowi operacyjnemu?

[] NIE

[] TAK, proszę podać kiedy i jaki rodzaj:

5. Czy było wykonywane nakłucie stawu kolanowego / skokowego?

☐ NIE

☐ TAK

☐ był ściągany płyn

☐ był podawany lek odstawowo

6. Czy uprawia Pan/i sport? Jeśli tak, to w jakim nasileniu?

[] NIE [] TAK, proszę podać o jakim nasileniu

[] wyczynowo [] amatorsko

[] codziennie [] raz w tygodniu [] okazjonalnie

7. Czy załączono poprzednie badania? (RTG, USG, TK, MR, inne) ☐ NIE ☐ TAK,

8. Czy załączono karty informacyjne/karty po operacji? ☐ NIE ☐ TAK,

9. Jeżeli nie, to kiedy zostaną dołączone?

10. Odmawiam dołączenia kart informacyjnych/kart po operacji.....
/podpis Pacjenta/

Wypełnia personel medyczny Pracowni MR		Podpis Pacjenta
Dokument został przyjęty i sprawdzony:		
Data.....	Podpis.....	