



IBID INSTITUT FÜR BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

## İÇİN ANKET

### MANYETİK REZONANSLI EMAR (MRT)

Lütfen bu anketi eksiksiz doldurarak sınav başlamadan önce görevlilerimize teslim ediniz.

Adı :

Soyadı:

Doğum tarihi:

Manyetik rezonanslı Emar **güçlü manyetik alanlar** ve  **radyo dalgaları** ile çalışır (X ışınları ile değil!).

Bazı tıbbi endikasyonlar için kontrast madde ile muayene (koltuk altına enjeksiyon) gereklidir. Mevcut bilgilere göre, bu kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyonlar çok nadirdir.

#### Bu muayene çok güçlü bir manyetik alanda gerçekleştiğinden, güvenlik önlemleri alınmalıdır!

Lütfen metal içeren ve manyetik nesnelerinizi soyunma odasında bırakın: saatler, gözlükler, mücevherler, işitme cihazları, takma dişler, cüzdanlar, bozuk paralar, anahtarlar, kredi kartları, saç tokaları, cep telefonları, giysilere takılı metal içeren nesnelere ve benzeri nesnelere. **Bu muayene kalp cihazı veya başka implantları olan hastalara yapılamaz!**

#### Güvenlik kontrolü amacıyla sizden aşağıdaki soruları yanıtlamanızı rica ediyoruz:

1. Kilonuz \_\_\_\_\_ kg , Boyunuz \_\_\_\_\_ cm
2. Kalp pili, kalp pili uçları, göğüs dokusu genişletici veya koklear implant kullanıyor musunuz?  Evet  Hayır  
Cevabınız evet ise, lütfen hemen kayıt masasına başvurun!  
Bu durumda formun daha fazla doldurulmasına gerek kalmayacaktır.
3. Vücudunuzda hiç metal parça var mı? – Varsa, hangileri ve ne zamandan beri?  Evet  Hayır  
(örn. vasküler klipsler, stentler, cerrahi malzemeler, metal kıymıklar )  
DİKKAT: MRI incelemesinden sonra bakır kontraseptif bobin jinekolojik olarak kontrol edilmelidir.
4. Nörostimülatör (ağrı hastaları için elektrikli sinir stimülatörü), ilaç pompası veya başka elektronik implantlar kullanıyor musunuz? Evet ise, ne kullanıyorsunuz?  Evet  Hayır
5. Hiç makinelerle veya küçük metal kıymıkların vücudunuza girdiği bir ortamda çalıştınız mı?  Evet  Hayır
6. Böbrek fonksiyon bozukluğunuz olduğu biliniyor mu?  Evet  Hayır
7. İlaçlara veya belirli gıdalara alerjiniz var mı? Cevabınız evet ise, hangilerine?  Evet  Hayır
8. Geçmişte MRG kontrast maddesine karşı alerjik bir reaksiyon gösterdiniz mi? ( Daha önce hiç kontrast medya almadıysanız, lütfen "hayır" seçeneğini işaretleyin. )  Evet  Hayır
- 9a. Hamile misiniz? – Evet ise, hangi haftada hamilesiniz?  Evet  Hayır
- 9b. Emziriyor musunuz?  Evet  Hayır
10. Gürültüye karşı çok hassas mısınız ve bu nedenle çift işitme korumasına mı ihtiyacınız var?  Evet  Hayır
11. Doktor tarafından gerekli görülmesi halinde damardan kontrast madde verilmesini kabul ediyor musunuz?  Evet  Hayır
12. **Kendi kullanımınız için** CD-ROM'da görüntü verileri ister misiniz? (malzeme maliyeti 3,-- EUR)  Evet  Hayır

Yanınızda harici görüntüler (örneğin CD-ROM'da) varsa, görüntü verilerinin karşılaştırılabilmesi için lütfen bunları sınavınızdan önce kayıt masasına teslim edin. Bunlar daha sonra size iade edilecektir.

#### Tıbbi gizlilik yükümlülüğünden muafiyet ve daha önce arşivlenmiş verilerin veya başka tesislerde çekilmiş görüntülerin incelenmesine ve değerlendirilmesine izin verilmesi:

IBID'e üye tüm doktorların görüntülerimi ve tıbbi veya radyolojik raporlarımı incelemesine izin verdiğimi kabul ediyorum. Ayrıca, tetkiklerimin görüntülerinin ve sonuçlarının tıbbi incelemem veya tedavimle ilgili olan diğer doktorlara iletilebileceğini de kabul ediyorum.

Evet  Hayır

#### Acil sorular için telefon veya cep telefonu numarası:

Yer, Tarih: .....

İmza: .....

#### Lütfen unutmayın:

> Kloströfobi için sakinleştiriciye ihtiyacınız varsa, önümüzdeki 24 saat boyunca araba kullanmayın veya tehlikeli makinelerle çalışmayın!

**Lütfen bu anketi eksiksiz doldurarak sınav başlamadan önce görevlilerimize teslim ediniz.**