

**Анкета пациента
При направлении на РКТ**

Аллергия на содержащие йод вещества	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Болезнь замкнутых пространств				
Беременность или предположение о беременности	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Месячные в день исследования	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Хроническая почечная недостаточность	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Прием бариевого контраста в течение последних 10 дней	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет

**Анкета пациента
При направлении на МРТ**

Боязнь замкнутых пространств	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Беременность или предположение о беременности	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Эпилепсия, судорожные припадки	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Кардиостимулятор или проводники к нему	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Другие имплантированные электронные устройства	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет
Металлические включения в организме (пули, осколки, протезы, клапаны, спирали, стенты, внутричерепные клипсы и пр.)	Да	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Нет

Укажите локализацию и вид включения _____

Я подтверждаю достоверность изложенной информации и заявляю о своем согласии на проведение МРТ или РКТ исследования (при необходимости - контрастирования или анестезии).

Подпись пациента

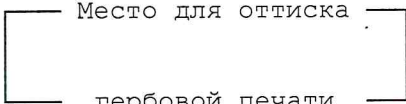
Представитель пациента (при необходимости):

Ф.И.О.

кем приходиться

подпись

Место для оттиска



гербовой печати

Лечащий врач _____

(Ф.И.О., подпись)

Руководитель _____

(Ф.И.О., подпись)