

REZONANS MAGNETYCZNY UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO - ANKIETA

Nazwisko: Imię:

PESEL: Data badania:

Prosimy o wypełnienie i podpisanie niniejszego kwestionariusza. Informacje kliniczne w nim zawarte są objęte tajemnicą lekarską i będą wykorzystane jedynie do interpretacji badania MR.

Jakiego stawu dotyczy badanie: LEWY PRAWY

Czy dolegliwości dot. badanej okolicy są następstwem urazu? TAK NIE
Jeśli tak, proszę podać kiedy był uraz:

Czy była wykonywana operacja w obrębie badanej okolicy? TAK NIE
Jeśli tak, proszę podać rodzaj zabiegu i datę jej wykonania:

Proszę opisać dolegliwości:
.....
.....
.....

Czy występują u Pani/Pana dolegliwości bólowe badanej okolicy? TAK NIE
Proszę podać szczegółową lokalizację bólu i nasilenie (w skali 1-10):

Czy dolegliwościom towarzyszy:
uczucie niestabilności TAK NIE
uczucie obrzęku stawu / gromadzenia płynu TAK NIE

Czy była wykonywana punkcja stawu? TAK NIE
Jaka? (aspiracja płynu / podanie leków dostawowo):

Czy uprawia Pan/i sport wyczynowo? TAK NIE
Jeśli tak, proszę podać rodzaj aktywności:

Czy choruje Pan/i przewlekłe? TAK NIE
Jeśli tak, proszę podać na co Pan/i choruje:

Data: Czytelny podpis pacjentki/pacjenta: