

## CHESTIONAR DE EVALUARE A PACIENTULUI

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_ SEX  M  F \_Varsta\_\_\_\_  
domiciliat (ă) în \_\_\_\_\_ CNP \_\_\_\_\_  
în calitate de:

Pacient/Reprezentant legal/Aparținător(contact: Tel: \_\_\_\_\_  
si Email: \_\_\_\_\_ ) declar următoarele date:

**Sunteți/este posibil să fiți gravidă<sup>1</sup>?**  da  nu

Dacă sunteți gravidă, precizați ce vârstă are sarcina (în săptămâni) \_\_\_\_\_

**Suferiti/este posibil sa aveti cancer?**  da  nu

**Purtati cumva Pacemaker, Swan-Ganz catheter ?**  da  nu

**Aveti parti la nivelul craniului artificiale ?**  da  nu

Daca da, explicati zonele \_\_\_\_\_

**Sunteti purtator de parti metalice la nivelul craniului(glont, alica, șrapnel) ?**  da  nu

**Operatii la ureche, implanturi cohleare , orice tip de implant la ureche?**  da  nu

**Tatuaje dermatografe?**  da  nu

**Lucrari dentare , partiale sau totale mobile?**  da  nu

**Lucrare dentara cu capsă magnetica?**  da  nu

**Aveti frica de intuneric sau spatii inchise, suferiti de claustrofobie?**  da  nu

**Aveti regulat ciclul menstrual<sup>1</sup>?**  da  nu

De cand nu a-ti avut ciclul, precizați perioada (în săptămâni) \_\_\_\_\_

*Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine în acest chestionar sunt reale și complete. Îmi asum întreaga responsabilitate pentru incidente sau complicații ce pot să apară în eventualitatea că aceste date sunt false sau incomplete.*

*Declar pe proprie raspundere ca am fost informat in legatura cu etapele procedurii cat si de normele de radioprotectie (sortsi guler de Pb, expunere digitala) ce se vor lua de catre personalul calificat pentru a fi supus unei expuneri minimale de radiatii si nu am nici un fel de neclaritate dandu-mi acordul scris pentru realizarea procedurii.*

**Data completării:**

**Semnătura declarant<sup>2</sup>**

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Vor completa doar persoanele de sex feminin aflate la vârsta fertilă (14-55 de ani).

<sup>2</sup>În cazul reprezentantului legal/aparținătorului se va completa numele și prenumele în clar, precum și calitatea față de pacient.