

WYWIAD ANESTEZJOLOGICZNY PRZED BADANIEM MRI

Dane opiekuna:

Imię i nazwisko:

Telefon:

Email:

Dane pacjenta:

Imię:

Gatunek:

Rasa:

Wiek / Data urodzenia:

Płeć:

Masa ciała:

WYWIAD

Powód badania:



Choroby towarzyszące:

Przyjmowane obecnie leki

Wytrzymałość na wysiłek

Epizody omdleń/utruty przytomności

Ostatnie znieczulenie (data, powód, samopoczucie po procedurze)

Obecność metalowych wszczepów (implanty, rozruszniki, protezy, chip, druty, gwoździe, płyty ortopedyczne, inne)

Ciąża

Uczulenia, alergie

Reakcje niepożądane na leki

Aktualne szczepienia