Radius Medicine

Radius Medicine ul.Stefczyka 19 5-091 Ząbki +48 221 730 541

Ankieta przed badaniem MR stawów

Imię i nazwisko

PESEL

Strona ciała: ☐ Lewa ☐ Prawa ☐ Obydwie

Badany staw:

Główny powód wykonania badania (można zaznaczyć więcej niż 1 opcję):

- ☐ Obrzęk/opuchlizna
- ☐ Urazy
- ☐ Ograniczenie ruchomości
- ☐ Podejrzenie zmian zwyrodnieniowych
- ☐ Podejrzenie zmian zapalnych
- ☐ Dolegliwości bólowe

Inne:

Od kiedy występują objawy?

- ☐ Mniej niż tydzień
- ☐ Ponad 6 miesięcy
- ☐ Kilka tygodni
- ☐ Objawy nawracające/przewlekłe

Czy objawy mają związek z urazem?

☐ TAK*

☐ NIE

***Uraz/kiedy miał miejsce:**

Czy wykonywano wcześniej badania obrazowe tego stawu?

☐ TAK*

☐ NIE

***Jakie?**

Czy przebył(a) Pan/Pani zabiegi operacyjne lub artroskopię tego stawu?

☐ TAK*

☐ NIE

***Proszę podać szczegóły:**

Czy przyjmuje Pan/Pani leki przeciwbólowe lub przeciwzapalne z powodu dolegliwości stawowych?

☐ TAK*

☐ NIE

***Jakie?**

Czy uprawia Pan/Pani regularnie sport lub inne formy aktywności fizycznej?

☐ TAK*

☐ NIE

Proszę podać, jakie sporty i z jaką częstotliwością (np. bieganie 3x w tygodniu, siłownia 2x w tygodniu):

Czy cierpi Pan/Pani na choroby przewlekłe stawów?

☐ TAK*

☐ NIE

☐ • Reumatoidalne zapalenie stawów

☐ • Choroba zwyrodnieniowa

☐ • Dna moczanowa

☐ • Inne:

☐ • Łuszczycowe zapalenie stawów

Inne istotne informacje, które mogą pomóc radiologowi:

.....

.....

.....

.....

Podpis Pacjenta