

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO PIERSI Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Ze względu na Pani bezpieczeństwo prosimy o wypełnienie ankiety przed badaniem (konieczna do wykonania badania). **Właściwe odpowiedzi prosimy zaznaczyć kółkiem.**

1.	Proszę podać datę ostatniej miesiączki	TAK	NIE
2.	Czy stosowała Pani w ciągu ostatnich 6 tygodni leczenie antykoncepcyjne? (proszę podać nazwę leku i datę zakończenia leczenia)	TAK	NIE
3.	Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy była Pani poddana radioterapii? (proszę podać datę zakończenia badania)	TAK	NIE
4.	Czy stosowano u Pani hormonoterapię zastępczą z powodu leczenia raka piersi? (proszę podać nazwę leku)	TAK	NIE
5.	Czy w ciągu ostatnich 6 tygodni była u Pani wykonana biopsja gruczołowa (proszę podać datę badania)	TAK	NIE
6.	Proszę podać poziom progesteronu w przypadku nieregularnych cykli miesięczkowych	TAK	NIE
Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.			

Data.....Podpis Pacjenta.....

Z powyższą wypełnioną ankietą oraz poprzednimi badaniami i wynikiem kreatyniny, prosimy zgłosić się 15 min przed wyznaczonym terminem badania. W razie wszelkich wątpliwości wynikających z ankiety proszę o kontakt z Rejestracją ZDO. Kontakt tel.: 12 64 68 575.

Rejestracja: tel. 12 646 85 75