



Per Mjekun:

Po qese nje apo me shume nga pikat e tabelës së mesiperme shenohen me PO, a janë ato të pajtueshme për kryerjen e egzaminimit MRI? Jo Po

Duke qene I nderjegjshem per demet qe mund te pesoje shendeti im apo i te afermit tim nga veprimi i fushes magnetike prej mossaktesise te pergjigjes te pyetjeve, une deklaroj nen pergjegjesi se ju jam pergjigjur korrekt pyetjeve te mesiperme. Ne te njejten kohe, pas informacionit te marre per rreziket e anestezise intravenose gjate MRI, jam dakord per injektimin e tyre.

Emri dhe Firma e Pacientit/ Prindit / Familjarit qe merr pergjegjesine:

.....
.....
.....

Emri dhe Firma e Mjekut Klinikist qe ne baze te kryerjes se verifikimit / intervistes sipas pikave te ketij formulari lejon egzaminimin

.....



Tirane, Dt.

FORMULARI PER EGZANINIMIN MRI

Per Pacientin: Formulari duhet te jete plotesuar i plote ne te dy anet. Mosplotesimi rezulton ne moskryerjen e egzaminimit. Ju lutemi kerkojini mjekut tuaj to plotesojte ate ne menyre korrekte. Plotetimi i sakte ndihmon per nje egzaminim sa me te mire,

Per Mjekun: Ju lutemi plotesoni ne menyre korrekte dhe te plote kete formular.

Emri

Datelindja: dd- mm- vvvv Pesha kg.....

Indikacioni

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Regjioni per egzaminimin (vetem nje Regjion per cdo Formular dhe Planifikim Egzaminimi)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



- 1) Koke 2) KOLone cervikale 3) Torakale 4) Lumbare
 5) Abdomen 6) Gjuri 7) Talo krural 8) Koksofemoral
 9) Tjeter

1. A ka kryer ndonjehere ndonje nderhyrje kirurgjikale apo procedure invasive? Jo Po
 Nese Po pershkruaj me poshte

Data

2. A ka kryer me pare egzaminime MRI Jo Po
 Nese Po, pershkruaj me poshte ate te fundit:

Pjesa e trupit te MRI-se te fundit Data

3. A ka ndonje ashkel metalike ne sy apo ne ndonje pjese te trupit tuaj (apo cdo lloj trupi te huaj)? Jo Po
 Nese Po, pershkruaji

4. A eshte shtatzene apo ka vonese ne ciklin menstrual? Jo Po

5. A ka femije ne gji Jo Po

6. A eshte duk marre ndonje medicament? A ka marre me pare? Jo Po
 Nese PO, pershkruaje :

7. A ka ndonje semundje gjaku, veshkash, kriza epileptike? Jo Po
 A ka shifra mbi normen te azotemise apo kreatinemise?
 Nese Po, pershkruaje:

8. A ka vuajtur nga asthma, semundje te mushkerive, a ka patur ndonje reaksion alergjik Jo Po
 nga kontrastet, rnedikamentet, ustuRimet apo dicka tjeter? Nese PO, pershkruaji

Disa nga pikat e meposhtme mund te jene me rrezik per shendetin e pacientit dhe mund te nderhyjne ne egzaminimin MR. Ju lutemi i shikoni me kujdes dhe pergjigjuni korrekt sejciles prej tyre.



Per Mjekun, Pacientin apo te Afermin:

A konfirmoni Ju ndonje nga pikat e meposhtme:

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Defibrilator kardiak I implatuar | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Neurostimulator |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Kamplazh te Arteries Karotis | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Pompe Insuline |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Implant Infuzioni ten je Medikamenti | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Klipse aneurizmale |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Stimulator te rritjes / ngjite se kockave | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Katetere vaskulare |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Implant koklear,otologjik apo te veshit | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Kateter Swan – Ganz |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Gjymtyre apo artikulacione artificiale | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Makiazh (Buze, Sy, Fytyre) |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Elektroda ne (koke, trup apo tru) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Tatuazhe |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Stente, koilse apo filtra intravascular | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Klipse Aortal |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Shunte (spinal apo intravascular) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Ndonje fragment metalik |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Imlant te vendosur mendihmen e nje magneti | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Klaustrofobia |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Sisteme injeksioni transdermal (nitroglycerine) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Ankth |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Paisje apo diafragma intrauterine | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | pacemaker kardiak |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | ela apo elektroda te brenshme | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Shregullime te levizjeve |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Implante metalike apo te fiksuara me vida | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Shrregullime te frymemarjes |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Sutura teli apo klipse kirurgjikal | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Ndonje tip proteze sy etj |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Fiksues Harrington (kolone Vertebrale) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Proteze vavulre kaediake |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Gozhde, Vida Pllaka, Tela artikulare apo Kockor | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Fiksatore kockore metalike |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Aparat degjimi (hiqeni para egzaminimit) | <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Proteze artikulare |
| <input type="checkbox"/> Po | <input type="checkbox"/> Jo | Proteze dentare (hiqini para egzaminimit) | | | |

Te tjera, ju ltemi pershkruajini