

**ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM
REZONANSEM MAGNETYCZNYM STAWU KOLANOWEGO**

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie dotyczące prawego / lewego stawu KOLANOWEGO
zakreślając TAK lub NIE przy każdym pytaniu.

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____

DATA BADANIA: _____

1. Czy odczuwa Pani/Pan dolegliwości bólowe przy schodzeniu ze schodów? TAK / NIE
2. Czy odczuwa Pani/Pan dolegliwości bólowe przy wchodzeniu po schodach? TAK / NIE
3. Czy odczuwa Pani/Pan dolegliwości bólowe w przedniej części kolana? TAK / NIE
4. Czy odczuwa Pani/Pan dolegliwości bólowe w tylnej części kolana? TAK / NIE
5. Czy występuje u pani/Pana przeskakiwanie stawu? TAK / NIE
6. Czy występują u Pani/Pana inne dolegliwości w kolanie? TAK / NIE
jeżeli TAK, to jakie? _____
7. Czy badany staw kolanowy był poddawany artroskopii? TAK / NIE
jeżeli TAK, to kiedy? _____
8. Czy doznał/a Pani/Pan urazu stawu kolanowego? TAK / NIE
jeżeli TAK, to kiedy? _____
9. Czy na badanym kolanie wykonano zabieg operacyjny? TAK / NIE
jeżeli TAK, to jaki, kiedy i ile razy?

10. Czy miał/a Pani/Pan nakłucia stawu kolanowego?

a) ściągany płyn? TAK / NIE

b) podawany lek do stawu? TAK / NIE

11. Czy uprawia Pani/Pan sport? TAK / NIE

jeżeli TAK, to jaki? _____

jak długo? _____

**ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM
REZONANSEM MAGNETYCZNYM STAWU**

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie dotyczące STAWU _____
zakreślając TAK lub NIE przy każdym pytaniu.

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____

DATA BADANIA: _____

1. Który staw ma być badany? _____

2. Strona PRAWA / LEWA ?

3. Czy doszło do urazu? TAK / NIE

jeżeli TAK, to kiedy? _____

4. Czy staw był operowany? TAK/NIE

jeżeli Tak, proszę podać rodzaj zabiegu i kiedy był wykonany?

5. Czy występują dolegliwości bólowe? TAK/NIE

Jaki rodzaj bólu? _____

Jakie ma nasilenie? _____

Od kiedy występuje? _____

6. Czy ruchomość w stawie jest: pełna / ograniczona / nadmierna? **PROSZĘ ZAKREŚLIĆ
PRAWDŁOWE**

7. Cechy niestabilności stawu, skłonność do zwichnięć? TAK/NIE

8. Czy objawom towarzyszy obrzęk / zmiany skórne / płyn w stawie? TAK/NIE

9. Czy dolegliwości pojawiły się po raz pierwszy? Czy są nawracające? - właściwe podkreślić

10. Czy uprawia Pani/Pan sport? TAK/NIE

jeśli TAK, to jaki? _____

jak często? _____

11. Czy leczy się Pani/Pan na inne choroby ogólnoustrojowe?

jeżeli TAK, to jakie?

**ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM
REZONANSEM MAGNETYCZNYM KRĘGOSŁUPA**

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie dotyczące badanej okolicy zakreślając TAK lub NIE przy każdym pytaniu.

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____

DATA BADANIA: _____

1. Który odcinek kręgosłupa ma być badany? - właściwy podkreślić
SZYJNY / PIERSIOWY / LĘDŹWIOWY

2. Czy doszło do urazu kręgosłupa? TAK/NIE

jeżeli Tak, to kiedy? _____

3. Czy kręgosłup był operowany? TAK/NIE

-jeżeli TAK, proszę podać kiedy: _____

-rodzaj operacji: _____

-operowany poziom: _____

4. Jeśli występują dolegliwości bólowe, to:

- gdzie jest zlokalizowany ból? _____

- jakie ma nasilenie? _____

- od kiedy występuje? _____

- czy promieniuje do kończyn? TAK/NIE

- do której strony PRAWA / LEWA

5. Czy występują zaburzenia czucia? TAK/NIE

drętwienia / przeczulica / brak czucia TAK/NIE

6. Czy Pani/Pan leczy się zachowawczo/ rehabilitacja? TAK/NIE

7. Czy leczy się Pani/Pan na inne choroby ogólnoustrojowe?

Jeżeli TAK, to jakie?
