

Pracownia Rezonansu Magnetycznego

ul. Prądnicka 35-37

31 – 202 Kraków

tel. 12 626-19-30

BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO STAWU - ANKIETA DLA PACJENTA

(Proszę *otoczyć kółkiem* właściwą odpowiedź)

MR stawu **L / P**

(kolanowego, barkowego, skokowego)

kończyna dominująca:

pacjent prawo- lub leworęczyny

pacjent prawo- lub lewonóżny

NAZWISKO, Imię Data urodzenia:

Początek objawów (od kiedy) **Czy był uraz?** T / N kiedy.....

rodzaj urazu: piłkarski, narciarski, inny.....

mechanizm urazu: bezpośredni (uderzenie), skręcenie, tąpnięcie,

rozciągnięcie, inny – jaki?

czy nastąpiło wygięcie stawu (dotyczy kolana)

do boku, do przyśrodka, do tyłu (przeprost)

Objawy obecnie:

ból: T / N umiejscowienie bólu w stawie: od przodu, od przyśrodka, od tyłu, od boku,.....

kiedy występuje..... np.: rano, w nocy, przez cały czas, przy ruchach

boli: podczas odwodzenia kończyny, unoszenia, przywodzenia, sięgania do tyłu

ból samoistny, przy schodzeniu ze schodów, przy wchodzeniu, przy klęczeniu

zablokowanie stawu T / N uczucie gorąca T / N uczucie tarcia przy ruchach T / N

Czy była punkcja T / N – jaki płyn

Czy były zabiegi operacyjne tego stawu (w tym artroskopia) T / N kiedy.....

Wynik artroskopii:

Inne istotne dane:

.....

.....

Miejscowość i data:

Copyright kpk

Podpis: