

**Pracownia Rezonansu Magnetycznego**

TARNÓW 33-100

ul. Lwowska 197

Centrum Diagnostyczno Kliniczne

**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 przysródka, do tyłu (przeprost)

**Objawy obecnie:**

**ból:** **T / N** umiejscowienie bólu w stawie: od przodu, od przysródka, 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: .....