Pracownia Rezonansu Magnetycznego
Szpital Specjalistyczny
Artmedik Sp. z o.o.

28-300 Jędrzejów
ul. Małogoska 25
tel. 41 388 28 00
www.szpital-jedrzejow.pl
e-mail: mr@szpital-jedrzejow.pl

ANKIETA DODATKOWA DLA PACJENTA -MR STAWÓW

1. Imię i nazwisko, data urodzenia: ……..

2. Rodzaj wykonywanej pracy fizyczna/umysłowa/mieszana*

3. Od kiedy trwa choroba …….

4. Uraz: TAK/NIE* kiedy…….
   Mechanizm urazu uraz bezpośredni/skręcenie/rozciągnięcie/tąpnięcie*

5. Objawy:

ból	głęboki/od przodu/od boku/od tyłu/od przygrodka/ podczas odwodzenia kończyny/podczas unoszenia kończyny/ podczas przywodzenia kończyny/podczas sięgania do tyłu/ samoistny/ przy schodzeniu ze schodów/ przy wchodzeniu/ przy klęczeniu*
uczucie tarcia	głębokie/ od przodu/od boku/od tyłu/ od przyśrodka*
zablokowanie stawu	TAK/NIE*
wysięk	TAK/NIE*
uczucie gorąca	TAK/NIE*
obrzęk stawu	stały/okresowy*

6. Leczenie: zachowawcze/operacyjne*

(*) – właściwe zaznaczyć kółkiem

…… ……
Data i podpis pacjenta lub prawnego opiekuna Czytelny podpis pracownika