



DOBRA DIAGNOSTYKA

Ankieta dla pacjenta – przed konsultacją oraz przed zabiegiem

W celu uniknięcia ewentualnych działań niepożądanych konieczne jest wypełnienie kwestionariusza opracowanego i zalecanego przez The Safety of TMS Consensus Group.

1. Czy Pani/Pan cierpi na padaczkę lub miała Pani/Pan drgawki albo inny napad?
2. Czy kiedykolwiek wystąpiło u Pani/Pana omdlenie lub zasłabnięcie? Jeśli tak, to w jakich okolicznościach?
3. Czy kiedykolwiek przeżyła Pani/Pan wstrząs mózgu lub uraz głowy z utratą przytomności?
4. Czy ma Pani/Pan problemy ze słuchem lub szumy albo gwizdy w uszach?
5. Czy ma Pani/Pan implanty ślimakowe?
6. Czy jest Pani w ciąży lub istnieje prawdopodobieństwo, że jest Pani w ciąży?
7. Czy ma Pani/Pan jakiś przedmiot metalowy w głowie lub w innej części ciała (np. odłamki metalowe, klipsy naczyniowe, szwy metalowe, endoprotezę stawową, śruby lub druty po złamaniu kości)? Jeśli tak, prosimy o opis elementu metalowego, jego lokalizację i informację kiedy został umieszczony.

8. Czy Pani/Pan ma wszczepiony neurostymulator (np. jako głęboką stymulację mózgu, stymulator nadtwardówkowy lub podtwardówkowy czy stymulator nerwu błędnego)?
9. Czy ma Pani/Pan rozrusznik serca lub elektrody wewnątrzsercowe?
10. Czy Pani/Pan ma wszczepioną pompę lub inne urządzenie do podawania leków?
11. Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki? Jeśli tak, proszę je wymienić i podać dawki, np. leki antydepresyjne lub przeciwpadaczkowe.
12. Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan badanie przezczaszkowej stymulacji magnetycznej? Jeśli tak, to czy wystąpiły jakieś powikłania związane z tym badaniem?
13. Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan badanie rezonansu magnetycznego? Jeśli tak, to czy wystąpiły jakieś powikłania związane z tym badaniem?

Spośród powyższych przeciwwskazań jedynie obecność implantowanych metalowych urządzeń i stymulatorów medycznych w pobliżu cewki stymulującej jest przeciwwskazaniem bezwzględnym.

PODPIS PACJENTA

.....