

**ANKIETA DODATKOWA
DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM**

STAW BARKOWY

Do wypełnienia przez pacjenta przed badaniem metodą rezonansu magnetycznego

Nazwisko, imię

Nazwisko	Imię
----------	------

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Badana okolica:

Strona badana	Prawa []	Lewa []
---------------	-----------	----------

Czy:

Odczuwa Pani/Pan dolegliwości bólowe, gdy ręka znajduje się przy boku ciała w spoczynku?	TAK []	NIE []
Czy ból barku nie pozwala Pani/Panu spać?	TAK []	NIE []
Czy może Pani/Pan ubrać bez problemu koszulę?	TAK []	NIE []
Czy może Pani/Pan położyć dłoń za głowę po chorej stronie?	TAK []	NIE []
Czy jest Pani/Pan w stanie położyć monetę na półkę na poziomie barków bez potrzeby zginania łokcia?	TAK []	NIE []
Czy jest Pani/Pan w stanie podnieść pół kilograma do poziomu barków bez potrzeby zginania łokcia?	TAK []	NIE []
Czy jest Pani/Pan w stanie rzucić piłką tenisową/lekkim kamieniem od dołu na odległość kilku metrów?	TAK []	NIE []
Czy jest Pani/Pan w stanie rzucić piłką tenisową/lekkim kamieniem zza głowy na odległość kilku metrów?	TAK []	NIE []
Czy jest Pani/Pan w stanie umyć plecy po stronie przeciwnej chorą ręką?	TAK []	NIE []
Czy Pani/Pana bark pozwala Państwu pracować na zajmowanym stanowisku w pełnym wymiarze godzin?	TAK []	NIE []
Czy doznał/a Pan/Pani urazu badanego stawu, jeśli tak to kiedy?	TAK []	NIE []
Czy badany bark uległ samoczynnemu zwknięciu, jeśli tak to w jakich okolicznościach i ile razy?	TAK []	NIE []
Czy badany staw był poddany artroskopii, jeśli tak to kiedy? O ile to możliwe prosimy załączyć kopię dokumentacji medycznej	TAK []	NIE []

Czy badany staw był poddany operacji, jeśli tak to kiedy i jakiej? O ile to możliwe prosimy załączyć kopię dokumentacji medycznej	TAK []	NIE []
Czy uprawia Pan sport, jeśli tak to w jakim nasileniu. Wyczynowo [], Amatorsko [] Codziennie [], Raz w tygodniu [], Sporadycznie []	TAK []	NIE []

Data

Czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna

