



.....  
Pieczętka przychodni

## Ankieta przed badaniem MR stawu .....

### Informacje o Pacjencie

Imię ..... Nazwisko .....

PESEL ..... Nr tel. ....

Staw  Prawy  Lewy

Kończyna dominująca  Prawa  Lewa

Pacjent:  Praworęczny  Leworęczny  Prawonożny  Lewonożny

Czy wystąpił uraz?  Tak  Nie

Kiedy wystąpił? \_\_\_\_\_

Mechanizm urazu:  Bezpośredni  Skręcenie  Tąpnięcie  
 Rozciągnięcie  Inne \_\_\_\_\_

Czy nastąpiło wygięcie stawu?  Do boku  Do środka  Do przodu  Do tyłu

Występujące objawy: \_\_\_\_\_

Ból?  Tak  Nie

Kiedy występuje ból?  Rano  W nocy  Cały czas  
 Podczas ruchu  Po wysiłku fizycznym  Sporadycznie

W trakcie jakich ruchów boli?  Odwodzenie  Unoszenie  Przywodzenie  Klęczenie  
 Sięganie do tyłu  Schodzenie ze schodów  Wchodzenie po schodach  
 Inne \_\_\_\_\_

Zablokowanie stawu?  Tak  Nie

Uczucie gorąca w stawie ?  Tak  Nie

Uczucie tarcia przy ruchach?  Tak  Nie

Zabiegi operacyjne w obrębie badanego stawu  Tak  Nie

Jeśli tak to jakie i kiedy? \_\_\_\_\_

Inne (uprawiane sporty, dotychczasowe leczenie) \_\_\_\_\_