

Kwestionariusz pacjenta dla leczenia TMS

Pomóż nam zdecydować, czy terapia TMS jest dla Ciebie odpowiednia, wypełniając poniższy kwestionariusz. Jeśli masz jakieś pytania, prosimy o kontakt z nami w każdej chwili.

Informacje osobiste

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____

Adres _____

Nr tel. _____

Email _____

Ośrodek kierujący _____

Lekarz kierujący _____

Kwestionariusz

1. Czy w przeszłości byłeś leczony/leczona za pomocą TMS?

Nie

Tak:

2. Czy masz jakieś metalowe przedmioty w głowie lub gdziekolwiek indziej w twoim ciele? Mogą to być klipsy lub cewki do tętniaków, stenty, wszczipione stymulatory, elektrody do monitorowania aktywności mózgu, implanty ferromagnetyczne w uszach lub oczach, fragmenty pocisków, inne metalowe przedmioty lub przedmioty wszczipione w głowę, tatuaże twarzy z metalowym tuszem lub makijaż permanentny?

Nie

Tak:

3. Czy obecnie przyjmujesz leki lub inne medykamenty?

Nie Tak: _____

4. Czy w przeszłości miałeś/miałaś napad padaczkowy?

Nie Tak: _____

5. Czy ktoś z twojej najbliższej rodziny miał napad padaczkowy?

Nie Tak: _____

6. Czy doznałeś/doznałaś urazu mózgu lub innego poważnego urazu głowy?

Może to obejmować uszkodzenia naczyniowe, pourazowe, nowotworowe, zakaźne lub metaboliczne mózgu.

Nie Tak: _____

7. Czy cierpiełeś/cierpiełaś na udar?

Nie Tak: _____

8. Czy ciąża jest możliwa?

Nie Tak: _____

9. Czy masz jakiegokolwiek implanty lub protezy?

Nie Tak: _____

10. Czy nosisz rozrusznik serca lub wszczepialne defibrylatory z kardiowerterem?

Nie Tak: _____