



ANKIETA PRZED BADANIEM W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

Nazwisko i Imię pacjenta data ur.

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas przebywania w aparacie może wynosić 20-60 min. Często dla poprawnej diagnozy, konieczne jest podanie dożylnego środka kontrastowego (paramagnetyk), który może wywołać reakcję alergiczną (bardzo rzadko).

Do pomieszczenia nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta.

Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Odpowiedzi prosimy koniecznie ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM.

Bezwzględne przeciwwskazania do wykonania badania MR. Czy pan/pani posiada:

1	Układ stymulujący serce (rozrusznik, kardiowerter)	TAK	NIE
2	Implant słuchowy	TAK	NIE
3	Pompa insulinowa	TAK	NIE
4	Domaciczna wkładka antykoncepcyjna (zawierająca metal) Ewentualnie zaświadczenie o braku przeciwwskazań do badania.	TAK	NIE
5	Obecna ciąża	TAK	NIE
6	Opilki w oku	TAK	NIE

Względne przeciwwskazania:

1	Operacyjne założenie metalowych elementów: (gdzie są zlokalizowane i z jakiego metalu lub stopu są wykonane?) np. endoproteza, śruby, szyny, klipsy, sztuczna zastawka serca, stenty, by-passy, szwy metalowe (zaświadczenie) i inne	TAK	NIE
2	Zabiegi operacyjne (wymienić jakie/rok) w tym: laparoscopia, przepuklina (zaświadczenie)	TAK	NIE
3	Ciała metaliczne np. proteza zębowa, koronka, mostek, aparat ortodontyczny (zaświadczenie) itp.	TAK	NIE

Informacje ogólne:

1	W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie TK (Tomografii Komputerowej) lub MR (Rezonansu Magnetycznego) – wymienić jakie i czego dotyczyły:	TAK	NIE
2	Czy w przeszłości wystąpiły reakcje alergiczne (leki, uczulenie na środki kontrastowe)	TAK	NIE
3	Klaustrofobia (lęk przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach)	TAK	NIE
4	Zgadzam się na wykonanie badania MR (Rezonansu Magnetycznego)	TAK	NIE
5	Zgadzam się na podanie środka kontrastowego dożylnie	TAK	NIE
6	Wyrażam zgodę na ewentualne ponowne stawienie się na badanie jeżeli lekarz podczas opisu stwierdzi, iż jest to konieczne – np. podanie środka cieniującego lub dorobienie dodatkowej sekwencji.	TAK	NIE

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Data

Podpis pacjenta lub opiekuna