

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Nazwisko i Imię pacjentadata 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 **ZAKREŚLIĆ** **KÓŁKIEM**.

ANKIETA		
Proszę wpisać powód badania (objawy np. ból brzucha, urazy, planowane zabiegi, operacje, itp.) :		
Czy posiada Pan/Pani układ stymulujący serce? (rozzrusznik, kardiowerter)	TAK	NIE
Czy posiada Pan/Pani implant słuchowy?	TAK	NIE
Czy posiada Pan/Pani pompę insulinową?	TAK	NIE
Czy posiada Pani domaciczną wkładkę antykoncepcyjną? Ewentualnie zaświadczenie o braku przeciwwskazań do badania?	TAK	NIE
Czy jest Pani obecnie w ciąży?	TAK	NIE
Czy posiada Pan/Pani opłuki w oku?	TAK	NIE
Czy posiada Pan/Pani operacyjnie założone metalowe elementy, które mogłyby być przeciwwskazaniem do badania? Jeśli tak gdzie są zlokalizowane i z jakiego metalu lub stopu są wykonane? np. endoprotezy, śruby, szyny, klipsy, sztuczne zastawki serca, stenty, by-passy, szwy metalowe inne... Ewentualnie zaświadczenie o braku przeciwwskazań do badania?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani wykonane zabiegi operacyjne (wymienić jakie i podać rok) w tym laparoscopia, przepuklina. Czy posiada Pan/Pani zaświadczenie?	TAK	NIE

Czy posiada Pan/Pani ciała metaliczne np. proteza zębowa, koronka, mostek, aparat ortodontyczny itp. ?	TAK	NIE
W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie MR (Rezonansu Magnetycznego) lub TK (Tomografii Komputerowej) - wymienić jakie i czego dotyczyły:	TAK	NIE
Czy w przeszłości wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne (leki, uczulenie na środki kontrastowe)	TAK	NIE
Czy ma Pan/Pani Klaustrofobię (lęk przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach)	TAK	NIE

ZGODA NA BADANIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania MR u mnie lub osoby pozostającej pod moją opieką prawną.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego dożylnie i założenie wenflonu.	TAK	NIE
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