

DATA.....

ANKIETA DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

PROSIMY O DOKŁADNE I CZYTELNE WYPEŁNIENIE (DRUKOWANYMI LITERAMI) PONIŻSZEJ ANKIETY.
WŁAŚCIWE ODPOWIEDZI PROSIMY ZAZNACZYĆ W KÓŁKO.

Informacje podane przez Panią / Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.*

NAZWISKO I IMIĘ

PESEL

PŁEĆ K M

TELEFON

WAGA.....kg

ADRES ZAMIESZKANIA.....

WZROST.....cm

OKOLICA CIAŁA I POWÓD BADANIA.....

Badanie jest bezbolesne. Na czas badania należy usunąć wszelkie metalowe dodatki takie jak guziki, klamry, agrałki, broszki. Do badania należy zdjąć biżuterię, okulary, aparat słuchowy, protezy ruchome.

Czy kiedykolwiek została wykonana jakakolwiek operacja? Jeśli tak, prosimy o określenie daty (rok) i rodzaju operacji?
TAK / NIE

Czy leczy się Pani / Pan onkologicznie? TAK / NIE

CZY POSIADA PANI / PAN:

Rozrusznik serca	Tak	Nie
Defibrylator-kardiowerter	Tak	Nie
Sztuczną zastawkę serca	Tak	Nie
Metalowe stenty, filtry	Tak	Nie
Wenflon lub inny dostęp naczyniowy	Tak	Nie
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym	Tak	Nie
Elektroniczne implanty, neurostymulatory	Tak	Nie
Elementy stabilizujące kości, stawy, sztuczną kończynę	Tak	Nie
Metalowe fragmenty, opiłki w gałce ocznej (np. żelaza), protezę oczną	Tak	Nie
Aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym	Tak	Nie
Metalowe aparaty i mostki zębowe, protezy zębowe	Tak	Nie
Pooperacyjne klipsy metalowe lub inne metaliczne ciała obce	Tak	Nie
Metalowe gwoździe ortopedyczne, metalowe protezy stawów	Tak	Nie
Tatuaż lub permanentny makijaż	Tak	Nie

CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI / PANA KIEDYKOLWIEK:

Ciężkie zaburzenia czynności nerek?	Tak	Nie
Alergia, astma? (na co?)	Tak	Nie
Zaburzenia rytmu serca?	Tak	Nie
Klaustrofobia? (lęk przed przebywaniem w zamkniętym pomieszczeniu)	Tak	Nie
Reakcja alergiczna na kontrast stosowany w badaniach obrazowych?	Tak	Nie
	Nie był podawany	

W razie potrzeby wyrażam zgodę na dożylną podanie środka kontrastowego do badania MR	Tak	Nie
--	-----	-----

Zostałem poinformowany/a, że podczas podawania środka kontrastowego będę odczuwać ciepło i że podczas badania bardzo ważne jest przyjmowanie dużych ilości płynów (do 2 litrów niegazowanej wody mineralnej). Nadto poinformowano mnie, że po badaniu z kontrastem może wystąpić ból głowy, nudności i zawroty głowy. Możliwe są również reakcje alergiczne o różnym nasileniu w postaci pokrzywki, kaszlu, obfitego pocenia, uczucia ciepła aż do wstrząsu anafilaktycznego włącznie. Uzyskane informacje w pełni zrozumiałe/am i zaakceptowałem/am. Ponadto oświadczam, że miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących podania kontrastu, na które uzyskałem/łam szczegółowe, wyczerpujące odpowiedzi. Wyrażam świadomą zgodę na podanie kontrastu.

DATA..... CZYTELNY PODPIS (IMIĘ I NAZWISKO).....

Imię i nazwisko, PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/faktycznego.....

Data i czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat.....

PYTANIA DODATKOWE DLA KOBIET:

Czy jest Pani w ciąży?	Tak	Nie
Czy karmi Pani piersią?	Tak	Nie

Nadto oświadczam, że przedstawiam następujące poprzednie badania obrazowe. W przypadku nie przedstawienia poprzednich badań, opis zostanie przygotowany bez porównań i nie będę wnoszył/a o jego zmianę.
(rodzaj badania/data wykonania).....

UPRZEJMIIE INFORMUJEMY, ŻE WYNIK BADANIA STANOWI PŁYTA CD WRAZ Z OPISEM.
WYNIKI WYDAJEMY PACJENTOWI LUB OSOBIE PISEMNIIE UPOWAŻNIONEJ.
KLISZE WYWOŁYWANE NA ŻYCZENIE PACJENTA ZA DODATKOWĄ OPŁATĄ
(OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU W GODZINACH PRACY PLACÓWKI)

Potwierdzam autentyczność danych zawartych w powyższej ankiecie i oświadczam, że zostałem/łam w pełni poinformowany o przebiegu badania i wyrażam świadomą zgodę na jego przeprowadzenie. Ponadto oświadczam, że miałem/łam możliwość zadawania pytań dotyczących badania, na które uzyskałem/łam szczegółowe, wyczerpujące odpowiedzi.

DATA..... CZYTELNY PODPIS (IMIĘ I NAZWISKO).....

Imię i nazwisko, PESEL przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/faktycznego.....

Data i czytelny podpis pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat.....

ODBIÓR WYNIKÓW BADAŃ ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

ODEBRAŁAM / ODEBRAŁEM BADANIE (OPIS + PŁYTA).....