

Zakład Radiologii, ul. Spartańska 1
tel. +48 22 67 09 192
email: zaklad.radiologii@spartanska.pl

ANKIETA DLA PACJENTA

Imię

Nazwisko

Pesel

WAGA KG

BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Badanie rezonansu magnetycznego jest niebolesne i nieszkodliwe dla zdrowia, o ile nie istnieją przeciwwskazania do tego badania

Podczas badania rezonansu magnetycznego pacjent przebywa w silnym polu magnetycznym, co oznacza, że nie może posiadać przy sobie żadnych przedmiotów metalowych i elektronicznych, ponieważ są one wrażliwe na działanie tego pola.

Rzeczy osobiste są zamykane w szafce na czas badania.

Pacjent z wszczepionymi endoprotezami, urządzeniami musi posiadać informację, że wszczepiony materiał nie stanowi przeciwwskazania do badania MR w silnym polu magnetycznym.

W trakcie badania należy leżeć nieruchomo. Słyszalny głośny hałas jest normalny dla pracy aparatu. Ochroną przed hałasem są zakładane pacjentowi słuchawki.

Z uwagi na oddziaływanie silnego pola magnetycznego nie można wykonać badania rezonansu magnetycznego u osób posiadających przeciwwskazania do MR wymienione w ankiecie.

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź.

Czy posiada Pan/Pani:

	TAK	NIE	UWAGI
Rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne lub przewody po stymulatorach?			
Jakikolwiek wszczep elektroniczny, mechaniczny lub magnetyczny?			
Zewnętrzny lub wewnętrzny aparat słuchowy, implant ślimakowy, sztuczne kosteczki słuchowe?			
Sztuczne zastawki?			
Neurostymulator, biostymulator?			
Pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?			
Filtry naczyniowe, spirale embolizujące, stenty i protezy naczyniowe?			
Klipsy naczyniowe, klipsy na tętniaku?			
Klamry stymulujące wzrost kości?			
Protezy stawów, protezy kości, implanty i zespolenia metalowe, szwy metalowe?			
Odłamki metalowe i opłuki metalowe (zwłaszcza w oku!!), ciała obce?			
Makijaż permanentny, tatuaż?			
Spiralę wewnątrzmaciczną?			

Czy przebył/a Pan/Pani jakąkolwiek operację chirurgiczną? TAK NIE

Jaką?

Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek, astmę, padaczkę?
(proszę właściwie podkreślić) TAK NIE

Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek badanie rezonansu magnetycznego? TAK NIE

Czy kiedykolwiek Pan/Pani miał/a podany kontrast w trakcie badania MR? TAK NIE

Czy kiedykolwiek wystąpiły objawy niepożądane po podaniu środka kontrastującego? TAK NIE

Czy odczuwa Pan/Pani lęk w ciasnych pomieszczeniach, np. w windzie? TAK NIE

Dla kobiet w wieku rozrodczym:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy karmi Pani piersią? TAK NIE

W przypadku badania głowy pacjentki proszone są o **zmycie makijażu**.

Oświadczam, że wypełniona ankieta jest dla mnie zrozumiała, miałem/miałam możliwość zadawania wyjaśniających pytań, podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego.....

Data badania.....

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA

W niektórych przypadkach konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego.
Reakcje uczuleniowe na kontrast są bardzo rzadkie.

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na założenie wenflonu? TAK NIE

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego? TAK NIE

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na podanie środka kontrastowego do stawu? TAK NIE

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o celowości zastosowania środka kontrastowego i zrozumiałem/am przekazane informacje, łącznie z powikłaniami, które mogą wystąpić po jego zastosowaniu.

Wyrażam świadomą zgodę na założenie wenflonu i podanie środka kontrastowego.

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Data badania

**DO ANKIETY PROSIMY DOŁĄCZYĆ KARTY INFORMACYJNE/WYPIS ZE SZPITALA
JEŚLI PACJENT MIAŁ WYKONANE ZABIEGI CHIRURGICZNE**