



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

ANKIETA DLA OSOBY NIELETNIEJ

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?			
Jakiegokolwiek 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 opiłki metalowe (zwłaszcza w oku!!), ciała obce?			
Makijaż permanentny, tatuaż?			
Spiralę wewnątrzmaciczną?			

Czy dziecko przebyło jakąkolwiek operację chirurgiczną?

TAK ☐ NIE ☐

Jaką?

Czy dziecko choruje na **niewydolność nerek, cukrzycę, astmę, padaczkę?**
(proszę właściwe podkreślić)

TAK ☐ NIE ☐

Czy dziecko miało kiedykolwiek badanie rezonansu magnetycznego?

TAK ☐ NIE ☐

Czy dziecko kiedykolwiek miało podany kontrast w trakcie badania MR?

TAK ☐ NIE ☐

Czy kiedykolwiek wystąpiły objawy niepożądane po podaniu środka kontrastującego?

TAK ☐ NIE ☐

Czy dziecko odczuwa lęk w ciasnych pomieszczeniach, np. w windzie?

TAK ☐ NIE ☐

Dla dziewczynek w wieku rozrodczym:

Czy jest w ciąży?

TAK ☐ NIE ☐

Czy karmi 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.

Nieletni na badanie MR winien zgłosić się z rodzicem/opiekunem prawnym, a w przypadku zgłoszenia się z inną osobą wymagane jest posiadanie pisemnego upoważnienia do wyrażenia zgody na wykonanie badania MR udzielone przez rodzica/opiekuna prawnego

Podpis rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej lub lekarza prowadzącego.....

Podpis małoletniego pacjenta, który ukończył 16 lat

Data badania

ŚWIADOMA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

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 ☐

Nieletni na badanie MR winien zgłosić się z rodzicem/opiekunem prawnym, a w przypadku zgłoszenia się z inną osobą wymagane jest posiadanie pisemnego upoważnienia do wyrażenia zgody na wykonanie badania MR z założeniem wenflonu i podaniem środka kontrastującego udzielone przez rodzica/opiekuna prawnego.

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 / nie wyrażam świadomej zgody na założenie wenflonu i podanie środka kontrastowego.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego/osoby upoważnionej lub lekarza prowadzącego.....

Podpis małoletniego pacjenta, który ukończył 16 lat

Data badania

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