



	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?			
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 przebył/a Pan/Pani jakąkolwiek operację chirurgiczną?

TAK ☐ NIE ☐

Jaką?

Czy choruje Pan/Pani na **niewydolność nerek**, **cukrzycę**, astmę, padaczkę?
(proszę właściwe 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 ☐ ☐

Czy karmi Pani piersią? TAK ☐ ☐

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 ☐

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 pacjenta/opiekuna prawnego

Data badania

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