



ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE LITERAMI DRUKOWANYMI PONIŻSZEJ ANKIETY I O ZAZNACZENIE WŁAŚCIWYCH ODPOWIEDZI.

Zostali Państwo skierowani przez lekarza specjalistę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym.

Badanie to umożliwi ocenę budowy i funkcji narządów. W trosce o bezpieczny dla Państwa przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Informacje podane przez Panią/Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

Informujemy, że wynik badania wydajemy pacjentowi lub osobie pisemnie upoważnionej, na płycie CD/DVD wraz z opisem badania w formie pisemnej.

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

Imię i Nazwisko opiekuna prawnego (dla dzieci pon. 18 roku życia): **PESEL:**

--	--

Imię i Nazwisko Pacjenta: **PESEL:**

--	--

Data urodzenia: **Telefon:**

--	--

Adres zamieszkania:

--

Wzrost: **Waga:** **Poziom kreatyniny:** **Data wykonania badania:**

--	--	--	--

Czy posiada Pan/Pani skierowanie na badanie rezonansem magnetycznym?

Tak, badanie na NFZ	Tak, na badanie płatne	Nie mam skierowania
---------------------	------------------------	---------------------

Czy kiedykolwiek Pan/Pani miał/miała wykonane badanie rezonansem magnetycznym?

Tak	Nie
-----	-----

Czy kiedykolwiek zostały wykonane u Pana/Pani zabiegi operacyjne?

Tak	NIE
-----	-----

Jeśli tak, prosimy o podanie w polu obok, daty (roku) i rodzaju operacji.

--	--

Badana okolica ciała:

Powód badania:

--	--

ZGODA NA PODANIE KONTRASTU

Wyrażam zgodę na założenie wkłucia obwodowego i podanie paramagnetycznego środka kontrastowego do badań z zastosowaniem rezonansu magnetycznego.	Tak	Nie
--	-----	-----

Czy występowały u Pana/Pani kiedykolwiek:

Ciężkie zaburzenia czynności nerek	Tak	Nie
Zaburzenia rytmu serca	Tak	Nie
Zatorowość płucna	Tak	Nie
Czy wystąpiła kiedykolwiek reakcja alergiczna na kontrast stosowany w badaniach obrazowych	Tak	Nie

Czy posiada Pan/Pani:

Stenty wieńcowe	Tak	Nie
Rozrusznik serca, defibrylator-kardiowerter	Tak	Nie
Sztuczną zastawkę serca, protezę aortalną	Tak	Nie
Klipsy po operacji tętniaka mózgu	Tak	Nie
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym	Tak	Nie
Elektroniczne implanty (tj. neurostymulator lub stymulator wzrostu kości)	Tak	Nie
Elementy stabilizujące kości, stawy lub sztuczna kończyna	Tak	Nie
Metalowe ciała obce, opiłki metalu w gałce ocznej (np. opiłki żelaza lub proteza oczna)	Tak	Nie
Soczewki kontaktowe	Tak	Nie
Klaustrofobia	Tak	Nie
Aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym	Tak	Nie
Aparaty ortodontyczne, mostki zębowe, protezy zębowe	Tak	Nie
Metalowe gwoździe ortopedyczne, metalowe protezy stawów	Tak	Nie
Metalowe odłamki w ciele lub skórze	Tak	Nie
Plastry z lekami	Tak	Nie
Tatuaż lub permanentny makijaż	Tak	Nie
Pompa insulinowa	Tak	Nie
Wkładka domaciczna	Tak	Nie

Pytania dodatkowe dla kobiet:

Czy jest Pani w ciąży, podejrzewa ciążę lub aktualnie karmi piersią? (jeśli tak, należy zgłosić to personelowi).	Tak	Nie
--	-----	-----

- PODPISUJĄC ANKIETĘ POTWIERDZAM ZROZUMIENIE JEJ TREŚCI ORAZ AUTENTYCZNOŚĆ PODANYCH W NIEJ DANYCH ODĄZ OŚWIADCZAM, ŻE ZOSTAŁEM/ZOSTAŁAM W PEŁNI POINFORMOWANA O PRZEBIEGU BADANIA I WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA JEGO PRZEPROWADZENIE, PONADTO OŚWIADCZAM, ŻE MIAŁEM/MIAŁAM MOŻLIWOŚĆ ZADAWANIA PYTAŃ DOTYCZĄCYCH BADANIA, MA KTÓRE UZYSKAŁEM/UZYSKAŁAM WYCZERPUJĄCĄ ODPOWIEŹ.
- ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/POINFORMOWANA, ŻE PODCZAS BADANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO MOGĘ ODCZUWAĆ CIEPŁO I ŻE PO BADANIU BARDZO WAŻNE JEST PRZYJMOWANIE DUŻYCH ILOŚCI PŁYNÓW (DO 2 LITRÓW NIEGAZOWANEJ WODY MINERALNEJ),
- ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/POINFORMOWANA, ŻE PO PODANIU KONTRASTU MOŻE WYSTĄPIĆ BÓL, ZAWROTY GŁOWY, NUDNOŚCI. MOŻLIWE SĄ RÓWNIEŻ REAKCJE ALERGICZNE O RÓŻNYM NASILENIU W POSTACI POKRZYWKI, KASZLU, OBFITEGO POCENIA, UCZUCIA CIEPŁA, AŻ DO WSTRZĄSU ANAFILAKTYCZNEGO WŁĄCZNIE.
- ZGADZAM SIĘ NA PRZETWARZANIE I ARCHIWIZACJĘ MOICH DANYCH OSOBOWYCH ORAZ POTWIERDZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O KLAUZULI INFORMACYJNEJ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH.

Miejscowość:

Data:

Czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego:

--	--	--

(w przypadku osób nieletnich lub niepełnosprawnych zgodę na badanie wyraża rodzic lub opiekun)