

ANKIETA PACJENTA



PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO 3T

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

WZROST (cm):

WAGA (kg):

W trosce o Państwa zdrowie i bezpieczeństwo prosimy o rzetelne odpowiedzi na poniższe pytania:

Czy miał(a) Pan(i) wykonywane wcześniej badanie **MR**? Nie Tak Nie wiem

Czy miał(a) Pan(i) wykonywane wcześniej badanie **TK**? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, to prosimy o dostarczenie do wglądu opisów i danych zapisanych na nośnikach (CD/DVD)

Czy posiada Pan(i) **wszczepiony**:

- stymulator serca? Nie Tak Nie wiem
- neurostymulator? Nie Tak Nie wiem
- implant ślimakowy? Nie Tak Nie wiem
- pompę insulinową? Nie Tak Nie wiem

Czy ma Pan(i) w organizmie założone operacyjnie **metaliczne elementy** (materiały ortopedyczne, klipsy, szwy, implanty, zastawki, protezy naczyniowe, itp.)? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, prosimy o dostarczenie dokumentacji medycznej dotyczącej wszczepionych elementów (karta wypisowa ze szpitala, dane dotyczące bezpieczeństwa materiału w polu magnetycznym).

Czy może Pan(i) mieć metalowe opiłki w oku/innej części ciała? Nie Tak Nie wiem

Czy posiada Pan(i) tatuaż badanej okolicy? Nie Tak Nie wiem

Czy przebył Pan(i) operację badanej części ciała? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, to jakie i kiedy?

Czy obawia się Pan(i) przebywania w ciasnych pomieszczeniach? Nie Tak Nie wiem

Czy jest Pan(i) uczulony(a) na środki kontrastowe? Nie Tak Nie wiem

jeżeli tak, to na jakie i jakie występowały objawy reakcji uczuleniowej

Prosimy o podanie chorób współistniejących (w szczególności chorób nerek, serca, cukrzycę, chorób infekcyjnych):

Czy jest Pani w ciąży? Nie Tak *jeżeli tak, proszę podać miesiąc/tydzień*

Czy zgadza się Pan(i) na podanie dożylnego środka kontrastowego? Nie Tak

Czy zgadza się Pan(i) na ewentualne podanie buskolizyny/furosemidu? Nie Tak

UWAGA: Badanie MR wymaga od pacjenta pozostawania w bezruchu około 20-60 minut. W niektórych przypadkach z achodzi potrzeba dożylnego podania środka kontrastowego. Do pomieszczenia z aparatem nie wolno wnosić przedmiotów ani urządzeń elektronicznych, gdyż może to spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenia w niesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta i osoby obsługujące urządzenie.

Badanie MR nie może być wykonane u osób z wszczepionym stymulatorem serca, neurostymulatorem, implantem ślimakowym, pompą insulinową, metalicznym ciałem obcym w oku. Nie zaleca się badania MR w pierwszym trymestrze ciąży.

Oświadczam, iż przeczytałem/am i zrozumiałem/am zawarte w ankiecie pytania, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przeze mnie informacje. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.

.....
Podpis pacjenta(ki) lub prawnego opiekuna

Data: