

Proszę wpisać jakie wykonujemy badanie

.....
.....
.....

Imię, nazwisko:
.....
.....

**ZGODA NA WYKONYWANIE BADANIA
METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu:
E-mail:

➔ Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Czy występowało/y u Pani/Pana: **Prawidłową odpowiedź proszę zakreślić kółkiem.**

- | | | |
|-----------------------------|-----|-----|
| • nieregularne bicie serca | Tak | Nie |
| • nagłe utraty przytomności | Tak | Nie |
| • stany lękowe | Tak | Nie |

Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? Tak Nie

Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię? Tak Nie

Czy miał/a Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie/a MR? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Czy były wykonywane badania z paramagnetycznym środkiem kontrastowym? Tak Nie

Czy po poprzednich badaniach pojawiły się reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty)? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i wykonywane jakiegokolwiek operacje? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

Proszę potwierdzić lub wykluczyć występowanie poniższych chorób:

- | | | |
|---|-----|-----|
| • choroby nerek (np. niewydolność) | Tak | Nie |
| • nadciśnienie tętnicze | Tak | Nie |
| • choroby układu nerwowego (padaczka, inne) | Tak | Nie |
| • cukrzyca | Tak | Nie |
| • Przebyte choroby zakaźne? | Tak | Nie |

Jeśli tak, proszę podać jakie.....

➔ Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto mogą stanowić w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania, prosimy o określenie, jeżeli którakolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana.

- | | | |
|--|-----|-----|
| • rozrusznik serca | Tak | Nie |
| • sztuczne zastawki serca | Tak | Nie |
| • wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe | Tak | Nie |
| • zastawki komorowe lub rdzeniowe | Tak | Nie |
| • neurostymulatory | Tak | Nie |
| • implant słuchowy | Tak | Nie |
| • metalowe opłuki (szczególnie w gałce ocznej) | Tak | Nie |
| • metalowe protezy stawów | Tak | Nie |
| • metalowe mostki zębowe | Tak | Nie |
| • metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) | Tak | Nie |
| • metalowe szwy chirurgiczne | Tak | Nie |
| • inne wczepione metalowe elementy: | Tak | Nie |

jak tak proszę podać jakie

Uwagi

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania MR jest posiadanie przez pacjentka:

- stymulatora serca oraz wszystkich innych stymulatorów
- klipsów naczyniowych nieznanego rodzaju (np. po operacjach tętniaka)
- wewnętrznych protez słuchowych nieznanego typu
- metalicznego ciała obcego w oku

Wykonanie badań w ciąży (zwłaszcza w jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.

Czas badania MR wynosi 15-60 min i bezwzględnie wymagane jest leżenie bez ruchu w pozycji na plecach lub na brzuchu.

UWAGA, w przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonywanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR.

UWAGA, jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.

Czy Pani/Pan wyraża zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? TAK NIE
Jeśli Tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)

Oświadczam, że jestem w ciąży nie jestem w ciąży

Czy posiadasz jakiegokolwiek inne metalowe elementy poza wymienionymi wcześniej? TAK NIE

Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego. TAK NIE

Wyrażam zgodę na dożylną podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin. TAK NIE

Jestem poinformowana/y całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz o formie wyników badania.

Oświadczam jednocześnie, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości występowania powikłań oraz że uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

Zgodą wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne z stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.

.....
data, miejsce

.....
czytelnie imię i nazwisko

.....
pieczętka i podpis lekarza

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIA W RAMACH NFZ

Czy Pani/Pan w dniu wykonania badania przebywa na leczeniu szpitalnym? TAK NIE

W przypadku badania prywatnego zobowiązuje się pokryć koszty badania

tjzł, zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego.

.....
podpis pacjenta

Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.k zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Właściciela.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu
do kontaktów w związku z wykonywanymi badaniami diagnostycznymi.

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis Pacjenta

Informacje o administratorze danych:

Informujemy, że administratorem podanych Pana/Pani danych jest Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.k, ul. Ogrodowa 11a, 62-067 Rakoniewice. Dane osobowe przetwarzane są w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

.....
podpis pacjenta