

ANKIETA PRZED WYKONANIEM BADANIA PRZY UŻYCIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i Nazwisko Pacjenta

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

Pesel

Wiek

Data badania Waga Nr telefonu

Proszę wpisać jakie wykonujemy badanie:

Zgłaszane dolegliwości (rodzaj, miejsce)

INFORMACJE OGÓLNE

Podczas badania MR pacjent znajduje się w polu magnetycznym. Średni czas badania to 30 min. Do pracowni MR nie wolno wносить żadnych przedmiotów metalowych (kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, biżuterii itp.) Nieprzestrzeganie powyższych zasad może spowodować uszkodzenie aparatu MR, wniesionych przedmiotów oraz narazić na niebezpieczeństwo personelu i pacjenta. **Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego pracę serca (rozzrusznika). Nie zaleca się wykonywania badania MR w I trymestrze ciąży.**

Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży? (*Panów pytanie nie dotyczy)		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR?		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opiłek, odłamek itp.? (zalicza się również uraz oka przez opiłek)		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzyce, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? * proszę podkreślić właściwe		
Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? Niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagraniu.	Tak	Nie
- rozrusznik serca, elektrody rozrusznika lub implantowaną sztuczną zastawkę serca		
- klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne		
- protezę naczyniową (stent), spirale lub filtry wewnątrz naczyniowe		
- implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
- implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
- protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe		
- port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
- protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.		
-protezę kończyn lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, płytki, itp.		
- wkładkę antykoncepcyjną		
- makijaż trwały, tatuaż		

Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., 101, poz. 926, ze zm.) informujemy że Administratorem Danych Osobowych jest Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.k z siedzibą w Rakoniewicach, ul. Ogrodowa 11a. Państwa dane osobowe przetwarzane są w zakresie określonym przepisami prawa w celu realizacji usług medycznych. Mają Państwo prawo do wglądu, aktualizowania i poprawiania swoich danych osobowych.

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i świadomie wyrażam zgodę na badanie z wykorzystaniem Rezonansu Magnetycznego.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta

W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego

.....

Data i podpis opiekuna prawnego

Wypełnia pracownik Diagnostyki Obrazowej:

Ankieta została przyjęta i sprawdzona: data Czytelny podpis