Szpital im. dr. Wojciecha Oczko w Przasnyszu

Dział Diagnostyki Obrazowej

Pracownia Rezonansu Magnetycznego

ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

…… ……

Nazwisko i imię *PESEL/data urodzenia*

……

Numer telefonu

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas przebywania w aparacie może wynosić od 15 do 60 minut. Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylne środka kontrastowego, który wyjątkowo może wywołać reakcję alergiczną. Do pomieszczenia MR nie wolno wnosić kluczy, zegarków, kart bankomatowych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów. W przypadku badania głowy prosimy o usunięcie makijażu. Niezastosowanie się do powyższych zakazów może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta lub obsługę. W trosce o Państwa bezpieczeństwo uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź, stawiając krzyżyk w odpowiednim okienku.

(Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.)

1) W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie rezonansu magnetycznego (MR) TAK ☐ / NIE ☐
2) Mam klaustrofobię TAK ☐ / NIE ☐
3) Przebyłem/przebyłam zabiegi operacyjne TAK ☐ / NIE ☐ Jeżeli TAK, to jakie:

……

4) Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki) TAK ☐ / NIE ☐ Jeżeli TAK, to na jakie:

……

5) Czy choruje lub chorował(a) Pan/Pani na poważne schorzenia nerek TAK ☐ / NIE ☐
6) Czy może mieć Pan/Pani metalowe opiłki w oku TAK ☐ / NIE ☐

7) Czy ma Pan/Pani wszczepione wymienione poniżej przedmioty:

a) rozrusznik serca TAK ☐ / NIE ☐

b) stenty naczyniowe, klipsy chirurgiczne, staplery, filtry wewnątrznaczyniowe TAK ☐ / NIE ☐

c) implant ślimakowy, inny implant uszny TAK ☐ / NIE ☐

d) pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków TAK ☐ / NIE ☐

e) sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorową TAK ☐ / NIE ☐

f) protezę kończyny lub stawu, lub jakiekolwiek implanty ortopedyczne (gwoździe, śruby, druty, płytki metalowe) TAK ☐ / NIE ☐

g) protezę zębową, most, aparat ortodontyczny TAK ☐ / NIE ☐

h) makijaż trwały, tatuaż, biżuterię TAK ☐ / NIE ☐

8) Jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży TAK ☐ / NIE ☐

9) Czy miał/a Pan/Pani zbadany poziom kreatyniny w surowicy krwi TAK ☐ / NIE ☐ ***[Jeżeli TAK, to proszę okazać wynik personelowi medycznemu pracowni].***

Waga pacjenta…….. Wzrost pacjenta……..

Oświadczenie personelu pracowni

Ankieta przed badaniem MR i podaniem środka cieniującego została sprawdzona i przyjęta.

……

Data i podpis

ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am całą zawartość tego formularza oraz zapewniono mi możliwości zadawania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości powikłań związanych z badaniem

i **WYRAŻAM ZGODĘ* / NIE WYRAŻAM ZGODY*** na przeprowadzenie badania.

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego

WYRAŻAM ZGODĘ* / NIE WYRAŻAM ZGODY* na jego dożylne podanie

świadomy/-a możliwości wystąpienia objawów ubocznych. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy. Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja.

……

Data

……

Podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

**** WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ***