

INFORMACJE OGÓLNE:

Badanie rezonansem magnetycznym (MR) jest nieinwazyjne i niebolesne.

Badanie rezonansem wykonuje się w silnym polu magnetycznym, co w pewnych okolicznościach może być niebezpieczne dla pacjenta.

Przeciwwskazaniami do wykonania badania są:

- wszczepiony stymulator serca, neurostymulator, implanty ślimakowe, pompa insulinowa
- neurochirurgiczne klipsy naczyniowe
- obecność ciał metalicznych w gałce ocznej
- obecność endoprotezy metalowej z czynnego magnetycznego materiału
- obecność w ciele pacjenta innych metalicznych ciał obcych

ANKIETA DLA PACJENTA PRZED BADANIEM MR

(prosimy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

1. Czy miał(a) Pan(i) wykonane wcześniej badanie rezonansem magnetycznym (MR)?	TAK	NIE
2. Czy ma Pan(i) rozrusznik/stymulator serca, kardiowerter-defibrylator?	TAK	NIE
3. Czy ma Pan(i) sztuczną zastawkę serca, stent, protezę naczyniową, stentgraft naczyniowy, filtr naczyniowy, klipsy naczyniowe, by-passy?	TAK	NIE
4. Czy ma Pan(i) pompę insulinową lub inne urządzenia podające leki?	TAK	NIE
5. Czy ma Pan(i) neurostymulator lub neurochirurgiczne klipsy naczyniowe?	TAK	NIE
6. Czy ma Pan(i) aparat słuchowy, implant ślimakowy lub przebył(a) Pan(i) plastykę kosteczek słuchowych?	TAK	NIE
7. Czy ma Pan(i) protezy zębowe, implanty zębowe, plombki amalgamatowe, aparat ortodontyczny?	TAK	NIE
8. Czy ma Pan(i) inne metaliczne elementy w ciele np. szwy metaliczne, opiłki, odłamki?	TAK	NIE
9. Czy ma Pan(i) implanty ortopedyczne: śruby, płytki, gwoździe, protezy, stabilizatory kręgosłupa lub inne?	TAK	NIE
10. Czy ma Pan(i) tatuaż, makijaż trwały, piercing lub perukę?	TAK	NIE
11. Czy nosi Pan(i) gorset ortopedyczny, stabilizatory lub protezy kończyn?	TAK	NIE
12. Czy ma Pan(i) opiłki metalowe w oku?	TAK	NIE
13. Czy w ostatnim czasie doznał(a) Pan(i) drążącego urazu oka lub innych części ciała?	TAK	NIE
14. Czy pracował(a) Pan(i) ze szlifierką, tokarką lub w przemyśle ciężkim?	TAK	NIE
15. Czy cierpi Pan(i) na klaustrofobię?	TAK	NIE
16. Czy ma Pan(i) zdiagnozowaną chorobę nerek, cukrzycę lub nadciśnienie tętnicze?	TAK	NIE
17. Czy wystąpiły u Pani/Pana reakcje alergiczne lub uczuleniowe? (uczulenie na środki kontrastowe, leki, pokarmy, inne substancje)	TAK	NIE
18. Czy przebył(a) Pan(i) operację, jeżeli tak to jaką i kiedy?		
- Zabieg neurochirurgiczny	TAK	NIE
- Zabieg ortopedyczny	TAK	NIE
- Zabieg chirurgiczny	TAK	NIE
19. Pytania do kobiet:		
- Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
- Czy posiada Pani wkładkę antykoncepcyjną?	TAK	NIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania TAK NIE

Wyrażam zgodę na założenie wkłucia dożylnego (w razie zaistniałej konieczności) TAK NIE

Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego (w razie zaistniałej konieczności) TAK NIE

Odbiór wyników badań:

- odbiorę osobiście
 proszę wysłać pocztą na podany adres (dołączam kopertę ze znaczkiem pocztowym)
 odbierze osoba wskazana w upoważnieniu

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym, a odpowiedzialność za zatajenie lub podanie nieprawdziwych danych spoczywa na mnie.

Data wypełnienia Czytelny podpis pacjenta

Ankiety sprawdził