

ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i Nazwisko Pacjenta																			
Adres zamieszkania																			
Telefon kontaktowy															Waga				

PYTANIE	ODPOWIEDŹ (proszę zakreślić poprawną)	
Czy występowało u Pani/Pana nieregularne bicie serca ?	TAK	NIE
Czy wystąpiła u Pani/Pana nagła utrata przytomności ?	TAK	NIE
Czy występowały u Pani/Pana stany lękowe ?	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE
Czy jest Pani/Pan na coś uczulony (jeżeli tak to proszę podać na co)?		
Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazanie medyczne do wykonania badania, prosimy o określenie, jeżeli jakkolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana		
Czy posiada Pani/Pan rozrusznik serca ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan sztuczne zastawki serca ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan zastawki komorowe lub rdzeniowe ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan neurostymulatory ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan implant słuchowy ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan metalowe opiłki w ciele lub skórze ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan metalowe protezy stawów ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani/Pan metalowe mostki zębowe ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani metalowe szwy chirurgiczne ?	TAK	NIE
Czy posiada Pani inne wszczepione metale ? Jakie.....	TAK	NIE

UWAGI:

1. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania rezonansu magnetycznego jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego pracę serca (rozrusznik).
2. Nie zaleca się wykonywania badania rezonansu magnetycznego w I trymestrze ciąży
3. Często dla poprawnej diagnozy, konieczne jest podanie środka dożylnego środka kontrastującego (paramagnetyk), który może wywołać reakcję alergiczną (bardzo rzadko)
4. Do pomieszczenia nie wolno wnosić żadnych metalowych przedmiotów. Przed badaniem należy pozostawić telefony komórkowe oraz karty magnetyczne. Posiadanie jakiegokolwiek metalowego elementu podczas badania grozi uszkodzeniem aparatu, wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta.
5. Czas badania rezonansu magnetycznego wynosi 30-60 minut wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu w pozycji na plecach.

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE ROZUMIEN TREŚĆ ZADANYCH PYTAŃ, A UDZIELONE ODPOWIEDZI SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM, ZAPOZNAŁAM/EM SIĘ RÓWNIEŻ Z UWAGAMI WSKAZANYMI POWYŻEJ ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ ICH PRZESTRZEGAĆ. WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO I PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO.

OŚWIADCZAM RÓWNIEŻ, ŻE UPOWAŻANIAM..... DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O MOIM STANIE ZDROWIA, UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH ORAZ DO OTRZYMYWANIA MOJEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ZARÓWNO ZA ŻYCIA JAK I PO ŚMIERCI. JEDNOCZEŚNIE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH W CELACH LECZNICZYCH.

Data i Miejsce

Czytelny podpis Pacjenta lub Przedstawiciela

Czytelny podpis osoby przeprowadzającą ankietę