

Ankieta wewnętrzna przed badaniem rezonansu magnetycznego

Imię i nazwisko.....nr badania.....
Data badania..... Waga pacjenta.....kg

W czasie badania MR pacjent przebywa w bardzo silnym, stałym polu magnetycznym.

Czas badania w aparacie może wynosić nawet 60 min. Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego, który wyjątkowo może wywołać reakcję alergiczną.

NIEKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ GO NARAZIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.

Do pomieszczenia MR nie wolno wносить kluczy, zegarków, telefonów, kart magnetycznych, spinek, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie wniesionego przedmiotu lub narazić na niebezpieczeństwo Pacjenta lub personel pracowni.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez Pacjenta rozrusznika serca. Nie zaleca się wykonywania badań MR w I trymestrze ciąży.

Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć kółkiem.

1. W przeszłości miałam/em wykonywane badanie MR (Rezonans Magnetyczny)..... TAK NIE
2. Posiadam rozrusznik serca.....TAK NIE
3. Posiadam ciała metaliczne w organizmie np: proteza zębowa, aparat ortodontyczny (podać jakie, gdzie są zlokalizowane).....TAK NIE
4. Przebyłam/em zabiegi operacyjne.....TAK NIE
5. Posiadam operacyjnie założone metalowe elementy np: sztuczna zastawka serca, zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa, elektrody wewnętrzne, wewnętrzny implant słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczepy mechaniczne lub magnetyczne np. wszczep ślimaka, pompa insulinowa, endoproteza, implanty, zespolenia metalowe, odłamki metalowe, szwy metalowe, spirala wewnątrzmaciczna, tatuaż, inne ciała metaliczne (gdzie, jakie?).....TAK NIE
6. Posiadam protezę oczną, ciało obce w gałce ocznej (np. opiłki metalu).....TAK NIE
7. Mam klaustrofobię.....TAK NIE
8. Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki, jakie?).....TAK NIE
9. Jestem w ciąży lub podejrzewam że mogę być.....TAK NIE
10. Choruje na niewydolność nerek.....TAK NIE
11. Chorowałam(am) na żółtaczkę zakaźną typu B lub C.....TAK NIE
12. Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego (dot. bad.z kontrastem).....TAK NIE
13. Data ostatniej miesiączki.....
14. Dzień cyklu.....
15. Przebyte operacje w obrębie jamy brzusznej (jakie).....

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Dobrowolnie i świadomie zgadzam się na wykonanie badania MR.

Koszt obejmuje opis badania oraz archiwizację danych.

.....
Data i podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

.....
Czytelny podpis pracownika