

Ankieta wewnętrzna przed badaniem rezonansu magnetycznego (MR)

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.

NIKTÓRE 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 posiadania 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, implant słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompa insulinowa, endoproteza, odłamki metalowe, szwy metalowe, tatuaż, inne ciała metaliczne (gdzie,jakie).....TAK NIE
6. Posiadam protezę oczną, ciało obce w gałce ocznej (np. opłuki metalu).....TAK NIE
7. Mam klaustrofobię.....TAK NIE
8. Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki, jakie?).....TAK NIE
9. Choruję na niewydolność nerek.....TAK NIE
10. Chorowałam(am) na żółtaczkę zakaźną typu B lub C.....TAK NIE
11. Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego (dot. bad.z kontrastem).....TAK NIE

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