

.....
Imię i Nazwisko pacjenta

.....
Data Urodzenia

waga:

wzrost:

nr tel:

ANKIETA PACJENTA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Podczas badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas badania może osiągać nawet 60min. W celu poprawnej diagnozy konieczne jest często podanie dożylnego środka kontrastowego (paramagnetyk), który może (bardzo rzadko) wywołać reakcję alergiczną.

Do pracowni MR bezwzględnie nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów !

UWAGA: Pacjenci posiadający wszczepiony układ stymulujący serce (rozrusznik, kardiowerter-defibrylator)

BEZWZGLĘDNIE **nie mogą** mieć wykonanego badania MR!

Nie zaleca się wykonywania badań w I trymestrze ciąży.

Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety, wybraną odpowiedź prosimy

OBRAMOWAĆ KÓŁKIEM

ZA PRAWIDŁOWE WYPEŁNIENIE ANKIETY ODPOWIADA PACJENT LUB PRAWNY OPIEKUN

1.	W przeszłości miałem/am wykonane badanie TK (Tomograf Komputerowy) lub MR (Rezonans Magnetyczny) – zakreślić jaki rodzaj i jakiej okolicy anatomicznej dotyczył.....	TAK	NIE
2.	Posiadam wszczepiony rozrusznik serca lub kardiowerter-defibrylator	TAK	NIE
3.	Czy ma Pan(i) ciała metaliczne w organizmie (właściwe <u>podkreślić</u>): proteza zębowa, mostek, koronka, aparat ortodontyczny, metaliczne wypełnienia, makijaż permanentny inne.....	TAK	NIE
4.	Czy ma Pan(i) metalowe opłuki w oku lub w innej okolicy ciała?	TAK	NIE
5.	Przebyte zabiegi operacyjne (wymienić jakie i kiedy)?	TAK	NIE
6.	Posiadam operacyjnie założone metalowe elementy (lokalizacja i z jakiego metalu lub stopu są wykonane?) np. implant słuchowy, stent, sztuczna zastawka serca, zastawka w komorze mózgowej, pompa insulinowa, endoproteza, śruba, szyna, klips, szwy metalowe, implant ślimakowy, neurostymulator, inne.....	TAK	NIE
7.	Czy choruje Pan(i) na nerki? (proszę podać rozpoznanie lub objawy)	TAK	NIE
8.	Czy jest Pan(i) uczulony(a) na środki kontrastowe, leki, inne?	TAK	NIE
9.	Klaustrofobia	NIE WIEM	NIE
10.	Obecna ciąża	TAK	NIE
11.	Domaciczna wkładka antykoncepcyjna	TAK	NIE
12.	Czy w ciągu ostatnich 4 godzin jadł(a) Pan(i) lub coś pił(a)?	TAK	NIE
13.	Zgadzam się na wykonanie badania MR oraz na ewentualne stawienie się na poszerzenia badania o inne sekwencje o ile będzie to konieczne	TAK	NIE
14.	Zgadzam się na założenie wkłucia dożylnego (wenflon) i podanie środka kontrastowego dożylnie	TAK	NIE

.....
Data

.....
Czytelny podpis pacjenta
lub/i prawnego opiekuna