



58-300 Wałbrzych, ul. B. Chrobrego 41 (wjazd za pogotowiem)

Rejestracja pacjentów – 600 453 202

www.rezonans.walbrzych.pl

## ANKIETA PACJENTA

### PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MRI)

Imię i Nazwisko ..... waga .....kg

PESEL             Tel. kontaktowy .....

Adres .....

Rozpoznanie ..... (ICD10).....

Cel badania .....

MRI .....  
(podać badany obszar)

*Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna*

.....

## Załącznik do skierowania na badanie MR (dla pacjenta)

W czasie badania REZONANSU MAGNETYCZNEGO występuje stałe, silne pole magnetyczne. PRZEBYWANIE W JEGO ZASIĘGU DLA NIEKÓTORYCH OSÓB MOŻE BYĆ NIEBEZPIECZNE, dlatego też prosimy o UWAŻNE WYPEŁNIENIE ANKIETY i udzielenie prawdziwych odpowiedzi.

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EWENTUALNE SKUTKI WYNIKAJĄCE Z PODANIA NIEPRAWDZIWYCH ODPOWIEDZI PONOSI OSOBA BADANA LUB JEJ PRAWNY OPIEKUN.**

Do pomieszczenia, w którym odbywa się badanie **nie wolno** wnosić kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów komórkowych, biżuterii, oraz innych metalowych przedmiotów. Przed badaniem należy usunąć ruchome protezy zębowe, aparat słuchowy, okulary. W przypadku badania głowy, twarzoczaszki i oczodołów należy usunąć makijaż z twarzy.

### W SYTUACJI WSZCZEPIONEGO ROZRUSZNIKA SERCA NALEŻY BEZWZGLĘDNI Poinformować o tym fakcie PERSONEL.

Czasami badanie rezonansu magnetycznego wymaga dożylnego podania **środka kontrastowego**. Działania niepożądane, związane ze stosowaniem tychże środków są zwykle łagodne i krótkotrwałe (w rzadkich przypadkach mogą wystąpić późne reakcje uczuleniowe, możliwe jest także wystąpienie wstrząsu anafilaktycznego). Zwiększone prawdopodobieństwo występowania reakcji ubocznych po podaniu kontrastu występuje u pacjentów ze skłonnościami alergicznymi. Ponadto należy zachować ostrożność przy podawaniu środków kontrastowych pacjentom ze schorzeniami nerek (przed badaniem MR z kontrastem zalecane jest wykonanie badania poziomu kreatyniny).

Wszelkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

PYTANIA	TAK	NIE
Czy w przeszłości było wykonane badanie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjentka jest w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjentka ma spirale wewnątrzmaciczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter - defibrylator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma by-pass, sztuczną zastawkę serca, klipsy naczyniowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma neurostymulator lub inne biostymulatory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, klipsy naczyniowe, stabilizatory kręgosłupa itp.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma inne metaliczne elementy w ciele: kule postrzałowe, odłamki, opiłki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma: protezę zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgamatowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma aparat słuchowy, implant ślimakowy, miał(a) plastikę kosteczek słuchowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma niewydolność serca lub migotanie przedsionków serca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka jest uczulony/a na leki, środki kontrastowe i inne substancje? jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka chorował/a w przeszłości lub choruje na poważne schorzenia nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma klaustrofobię?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przebyte operacje (kiedy i jakie?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niniejszym oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.

**Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego i w razie potrzeby zgadzam się na dożylną podanie środka kontrastowego.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do procesu rejestracji.

Data wypełnienia

Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

.....

.....