

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety. Informacje podane objęte są tajemnicą zawodową i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

RODZAJ BADANIA :

Wywiad (dolegliwości, urazy itp.) :

CZY JEST TO PIERWSZE BADANIE TEJ OKOLICY CIAŁA (proszę zaznaczyć) : **TAK** **NIE ***

* **POPZEDNIE BADANIE / BADANIA** BYŁY (kiedy) :

JEŚLI BYŁY POPZEDNIE BADANIA KONIECZNE JEST DOSTARCZENIE PŁYT.
!!! BRAK PŁYT Z POPZEDNICH BADAŃ SKUTKUJE BRAKIEM PORÓWNIANIA W OPISIE.

Data badania / / rok

Płeć **K** **M**

Nazwisko

Wzrostcm

Imię

Wagakg

PESEL

Adres zamieszkania : ul.

Kod pocztowy : Miejscowość:

Numer telefonu do kontaktu w sprawie badania/wyniku :

Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi

TAK

NIE

Proszę o wypełnienie ankiety przez zaznaczenie właściwych odpowiedzi	TAK	NIE
Czy miał(a) Pan/Pani wykonywane jakiegokolwiek operacje?		
Czy posiada Pan/Pani którekolwiek z niżej wymienionych przedmiotów?:		
-Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)		
-Implantowaną sztuczną zastawkę serca, zastawkę neurochirurgiczną		
-Filtry, spirale wewnątrznaczyniowe, stenty		
- Klips chirurgiczny lub naczyniowy, stapler, port naczyniowy		
- Implant ślimakowy lub uszny, protezę gałki ocznej, opiłki na oku		
-Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
- Protezę zębową , mostek, aparat ortodontyczny, metalowe zęby		
- Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, płytki), protezę kończyn		
-Tatuaż, trwałe makijaż		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?		
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę/padaczkę/alergię/hemofilię?		
Czy choruje Pan/Pani na chorobę układu nerwowego? (udar, padaczka, utrata przytomności?)		

NIE ZALECA SIĘ: wykonywania badania rezonansem magnetycznym **w ciąży**
(szczególnie w jej pierwszym trymestrze, poza stanami bezpośredniego zagrożenia życia).

INFORMACJE O BADANIU REZONANSEM MAGNETYCZNYM :

1. Badanie rezonansem magnetycznym wymaga przebywania w **bezruchu ok.20 minut** lub dłużej.
2. Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie absolutnie **żadnych przedmiotów metalowych**, kart magnetycznych, przedmiotów elektronicznych (telefonów komórkowych, tabletów i innych tego typu urządzeń) gdyż mogą one ulec uszkodzeniu lub spowodować uszkodzenie aparatu.
3. **Prosimy o zgłaszanie się bez makijażu**, lakieru do włosów i innych barwnych kosmetyków – często zawierają one drobinki metali, które są powodem wystąpienia zakłóceń pola magnetycznego i uniemożliwiają uzyskanie prawidłowych obrazów. Mogą one także nagrzewać się podczas badania.

OPIS MOŻLIWYCH POWIKŁAŃ PO WYKONANIU BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM (RM) WAŻNE !!! :

Badanie RM może wywołać potencjalne skutki uboczne przede wszystkim przy nie stosowaniu się do przeciwwskazań co do jego wykonania. Takimi przeciwwskazaniami są okoliczności wymienione w Ankiecie znajdujące się w tabelce na poprzedniej stronie m.in: umieszczone w ciele Pacjenta stenty, stymulatory serca, sztuczne zastawki serca, klipsy naczyniowe, implanty z materiałów ferromagnetycznych, protezy ortopedyczne. Przy zachowaniu prawidłowych zasad kwalifikacji do badania oraz wykluczeniu przeciwwskazań badanie RM jest jednym z **najbezpieczniejszych** badań diagnostyki obrazowej.

Dodatkowymi powikłaniami (poza wynikającymi wprost z niestosowania się do przeciwwskazań wymienionych w Ankiecie stanowiącej integralną część niniejszego dokumentu) a związanymi z wykonywaniem badania rezonansem magnetycznym mogą być:

- **następstwa pozycji leżącej**
(np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania – duszności)

OPIS BADANIA: wydawany razem z badaniem nagrany na płytę DVD w terminie **14 dni roboczych** od daty wykonania badania. Istnieje możliwość odebrania płyty w dniu badania –po jego wykonaniu (bez opisu).

Ja niżej podpisany/a, oświadczam, że: (zaznaczyć krzyżykiem):

- Wyrażam zgodę na badanie rezonansem magnetycznym .
- Zostałem(łam) poinformowany o **KOSZTACH** i zobowiązuje się do ich pokrycia.
- Powyższe pytania są dla mnie zrozumiałe, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

data i czytelny podpis pacjenta /opiekuna prawnego

Oświadczam, że : (zaznaczyć zgodnie z wolą i decyzją 1 z niżej wymienionych):

- osobą upoważnioną** do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań jest :

.....
imię i nazwisko (OSOBY UPOWAŻNIONEJ)

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

- nie upoważniam żadnej osoby** do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania kopii dokumentacji medycznej w tym wyników badań

.....
data i podpis pacjenta