


ANKIETA - BADANIE MR


Pracownia Rezonansu Magnetycznego
Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie, tel. 94/ 34 88 557

Ankieta – wypełnia Pacjent:


 Proszę o wypełnienie poniższej ankiety. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne. Prawidłową odpowiedź proszę zaznaczyć „X”.


Proszę uważnie wypełnić ankietę.	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
Czy był (a) Pan/Pani kiedyś zraniony/a jakimś ciałem metalicznym?		
Czy miał (a) Pan/Pani kiedyś uraz oka wiórem metalowym, opiłkiem, itp.?		
Czy ma Pan/Pani anemię lub inną chorobę krwi?		
Czy ma Pan/Pani chorobę nerek, padaczkę lub alergiczne schorzenie dróg oddechowych?		
Czy miał (a) Pan/Pani reakcje uboczne po środkach kontrastujących po badaniu MR lub TK?		
Czy jest Pani w ciąży? Nie wskazane jest wykonanie badania MR w I trymestrze ciąży.		
Czy jest Pan/Pani uczulony (a) na leki (jeśli tak to na jakie)?		


Data ostatniej miesiączki:

 Pacjent podczas badania przebywa w silnym polu magnetycznym. Pod wpływem pola magnetycznego wymienione poniżej przedmioty mogą przestać prawidłowo funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzanemu, jak również spowodować powstanie artefaktów uniemożliwiających ocenę badania MR. Czy w ciele u Pana/Pani znajdują się wymienione poniżej przedmioty. Prawidłową odpowiedź proszę zaznaczyć „X”.

Czy w ciele u Pana/Pani znajdują się wymienione poniżej przedmioty?	TAK	NIE
Implantowany rozrusznik serca/defibrylator.		
Klipsy chirurgiczne (np. ferromagnetyczne klipsy naczyniowe wewnątrzczaszkowe, klipsy naczyniowe).		
Neurostymulator.		
Metalowy przyrząd mocujący szyjkę macicy, spirala wewnątrzmaciczna.		
Stent, filtr lub spirala naczyniowa.		
Implantowana zastawka serca.		
Proteza ręki.		
Proteza gałki ocznej.		
Proteza kończyn, implanty ortopedyczne (endoproteza, śruby, druty, klipsy itp.)		

 W przypadku zakreślenia odpowiedzi „TAK” wykonanie badania MR może być niemożliwe. Przed badaniem należy usunąć makijaż, protezy zębowe, szpilki do włosów, kolczyki, naszyjniki, zegarki, aparaty słuchowe oraz okulary.

 UWAGA! W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonywanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR.

 UWAGA! Jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.

Oświadczenie pacjenta (lub opiekuna prawnego)

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe według mojej wiedzy. Zapoznałem (am) się i zrozumiałem (am) zawartość tego formularza i miałem (am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem (am) poinformowany (a) przez lekarza kierującego o możliwościach powikłań związanych z podaniem środka kontrastowego.

Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego, jeśli zajdzie taka konieczność również z podaniem środka kontrastowego.

Imię, nazwisko.....

data.....

podpis pacjenta*

Nie zgadzam się na wykonanie badania z podaniem środka kontrastowego

Imię, nazwisko.....

data.....

podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie posiadam żadnych elementów metalowych (poza wymienionymi przeze mnie powyżej).

Imię, nazwisko.....

data.....

podpis pacjenta*

Oświadczam, że nie jestem w ciąży.

Imię, nazwisko.....

data.....

podpis pacjenta*

**Jeżeli Pacjent, w tym małoletni, ukończył 16 lat oświadczenie podpisuje zarówno pacjent jak i opiekun prawny. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat oświadczenie podpisuje opiekun prawny.*