

Ankieta dla pacjentów przed badaniem REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

*badanie odpłatne



Europejskie
Centrum
Zdrowia
Otwock

DANE PACJENTA

imię i nazwisko: _____ wiek: _____ [lat] waga: _____ [kg] wzrost: _____ [cm]

adres: _____

nr PESEL: _____

nr tel.: _____

Badanie metodą rezonansu magnetycznego jest bezbolesne i nieszkodliwe dla zdrowia. Badanie trwa od 15 do 60 minut. W czasie badania należy leżeć nieruchomo, spokojnie oddychając. Można przełykać ślinę. Głośny hałas aparatu jest normalną częścią pracy urządzenia. W razie potrzeby, Pan/Pani może zgłosić się za pomocą specjalnego urządzenia („gruszki”). Personel Pracowni posiada możliwość skontaktowania się z Panem/Panią w czasie badania przez wewnętrzny głośnik. W niektórych przypadkach konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego. Jest to jednak inny środek kontrastowy niż stosowany w pozostałych badaniach radiologicznych. W czasie podawania kontrastu większość pacjentów nic nie odczuwa, niektóre osoby czują zimny przepływ ponieważ płyn podawany jest zimniejszy od krwi. Reakcje alergiczne po podaniu kontrastu są ogromną rzadkością.

Do pomieszczenia badań nie wolno wносить: żadnych metalowych przedmiotów: kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów (wyjątek to biżuteria z czystego złota, srebra, platyny). Niezastosowanie się do tego zakazu może narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta, jak również spowodować uszkodzenie aparatu i uszkodzenie wniesionych przedmiotów.

PYTANIA DO ANKIETY

Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o podanie szczegółowych danych personalnych jak również dokładne wypełnienie poniższej ankiety, **zakreślając kółkiem „TAK” lub „NIE” bądź wpisując informację uzupełniającą.**

Czy ma Pani/Pan wszczepiony sztuczny stymulator serca lub kardiowerter - defibrylator (rozrusznik serca)?

TAK / NIE

Czy może Pani/Pan mieć metalowe opiłki w oku?

TAK / NIE

Czy w Pani/Pana ciele są jakiegokolwiek sztuczne ciała (odłamki, protezy ortopedyczne, stomatologiczne, spirala wewnątrzmaciczna)?

TAK / NIE

jeżeli zaznaczyłeś odpowiedź TAK podaj jakie: _____

Czy przeżyła Pani/Pan operację?

TAK / NIE

jeżeli zaznaczyłeś odpowiedź TAK podaj jaką: _____

Czy w czasie operacji wszczepiono Pani/Panu metalowe elementy w ciele?

(implanty słuchowe, sztuczna zastawka serca, endoproteza, pompa insulinowa, zastawka w komorze mózgu, neurostymulatory, inne)

TAK / NIE

jeżeli zaznaczyłeś odpowiedź TAK podaj: przybliżoną datę operacji: _____

oraz umiejscowienie metalowych elementów w ciele: _____

Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię (lęk przed ciasnymi miejscami)?

TAK / NIE

Czy choruje Pani/Pan na ostrą lub przewlekłą niewydolność nerek lub inne choroby nerek?

TAK / NIE

Czy zgadza się Pani/Pan na ewentualne podanie środka kontrastowego?

TAK / NIE

Czy posiada Pani/Pan uczulenie na leki?

TAK / NIE

jeżeli zaznaczyłeś odpowiedź TAK podaj nazwy leków: _____

DOTYCZY TYLKO KOBIET:

Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?

Według badań nie ma całkowitej pewności czy pole magnetyczne nie wpływa na przebieg ciąży w pierwszym trymestrze

TAK / NIE

PROSZĘ PRZECZYTAĆ UWAŻNIE PONIŻSZE OŚWIADCZENIA I ZAZNACZYĆ „X” W OKIENKACH OBOK.

☐ Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na wykonanie badania MR i dożylnie podanie środka kontrastowego.

☐ Oświadczam, że miałem/miałam nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałem/uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/miałam wystarczającą ilość czasu.

☐ Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości wykonania badania bezpłatnie w ośrodkach, które mają podpisaną umowę na to badanie z NFZ

miejscowość: _____

data: - -

podpis pacjenta: _____