

**KARTA BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Dane karty są poufne i zostaną wykorzystane wyłącznie w celu bezpiecznego wykonania badania MR.

**IMIĘ I NAZWISKO** .....

**PESEL:**

**TELEFON:**.....

**ANKIETA - konieczne wypełnienie przez pacjenta!**

**Prawidłową odpowiedź prosimy koniecznie zakreślić kółkiem**

Przeciwwskazania i informacje ogólne:

Posiadam rozrusznik serca, elektroda	TAK	NIE
Posiadam ciała metaliczne w jamie ustnej np.: proteza zębowa, aparat ortodontyczny, metalowe zęby itp.( proszę wymienić jakie i z jakiego metalu lub stopu są wykonane.)*.....	TAK	NIE
Posiadam protezę oczną, ciała obce w gałce ocznej ( np. opiłki metalu)*.....	TAK	NIE
Posiadam: operacyjnie założone metalowe elementy np.: sztuczna zastawka serca, zastawka komorowo – żylna lub komorowo – otrzewnowa, implant słuchowy, wszczep ślimaka, plastyka kosteczek słuchowych, pompa insulinowa, inne urządzenia podające leki, endoproteza, odłamki metalowe, kule, szwy metalowe, tatuaż, implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki) , inne ciała metaliczne ( gdzie i jakie)*.....	TAK	NIE
<b>Dla pacjentek:</b> Jestem w ciąży lub podejrzewam, że mogę być (jeśli tak, to który trymestr).....	TAK	NIE
<b>Dla pacjentek:</b> Mam domaciczną wkładkę antykoncepcyjną. podać typ lub zaświadczenie o braku przeciwwskazań do badania.*.....	TAK	NIE
W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie MR ( Rezonansu Magnetycznego) (jeżeli tak wymienić czego dotyczyli czy był z kontrastem).....	TAK	NIE
Mam klaustrofobię ( lęk przed przebywaniem w pomieszczeniu zamkniętym)	TAK	NIE
Mam astmę	TAK	NIE
Mam chorobę nerek	TAK	NIE
Mam padaczkę	TAK	NIE
Przebyłem/przebyłam zabiegi operacyjne ( jeżeli tak proszę wymienić jakie).....	TAK	NIE
Jestem uczulony na leki,jad owadów, środki kontrastowe lub inne substancje (jeżeli tak to proszę podać na jakie)..... objawy..... leczenie.....	TAK	NIE

- **W przypadku wystąpienia któregokolwiek z przeciwwskazań należy pilnie skontaktować się z rejestracją !!! ( TEL: 12 6143333) \* Elementy metalowe w organizmie wykonane z tytanu oraz metali szlachetnych (złoto, srebro itp.) nie są przeciwwskazaniem do badania MR (ale konieczne zaświadczenie o braku przeciwwskazań do badania MR).**
- 1. **Zapoznałem/am się** ze szczegółowym objaśnieniem badania, jego celem i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi powikłaniami mogącymi wystąpić w trakcie i w wyniku badania, jak też z konsekwencjami braku mojej zgody na wykonanie badania. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego mam świadomość, że obniża to wartość diagnostyczną badania.
- 2. **Wiem**, że mogę cofnąć zgodę na wykonanie badania w każdej chwili.
- 3. **Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am** przeciwwskazania do wykonania badania oraz przedstawioną informację o mogących wystąpić powikłaniach w związku z podaniem środka kontrastowego.
- 4. **Stwierdzam**, że uzyskałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania dotyczące planowanego badania i poruszone przeze mnie obawy i wątpliwości.
- 5. **Przyjmuję do wiadomości**, że dodatkowe zabiegi/badania oprócz wymienionych w formularzu zostaną przeprowadzone jedynie po to, by uratować mi życie lub zapobiec poważnemu zagrożeniu mego zdrowia.

.....  
**PODPIS PACJENTA/KI od 16 roku życia.**  
 DATA.....

.....  
**(jeżeli badany nie ukończył 18-stu lat konieczny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)**  
 DATA.....

**KARTA BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Dane karty są poufne i zostaną wykorzystane wyłącznie w celu bezpiecznego wykonania badania MR.

**IMIĘ I NAZWISKO** .....

**PESEL:**

Waga:

Wzrost:

**Wypełnia Pracownia Rezonansu Magnetycznego.**

**Badanie z podaniem środka kontrastowego -konieczny wynik poziomu kreatyniny (wydolności nerek).**

Poziom kreatyniny ( wydolność nerek)	..... μmol/l	.....mg/dl
eGFR	.....	

.....  
**Dane identyfikujące pielęgniarkę ZRiDO**

<b>ZGODY</b>		
<b>WYRAŻAM ZGODĘ</b> NA PROPONOWANE BADANIE oraz ewentualną jego modyfikację w niezbędnym zakresie, jeśli będzie wymagała tego sytuacja powstała w trakcie badania	TAK	NIE
<b>WYRAŻAM ZGODĘ</b> NA PODANIE DOŻYLNIE KONTRASTU	TAK	NIE
<b>Zgadzam się</b> na przeniesienie mnie do właściwego szpitala/oddziału szpitalnego, jeśli wymagać tego będzie mój stan zdrowia.	TAK	NIE

.....  
**PODPIS PACJENTA/KI od 16 roku życia**  
DATA.....

.....  
**(jeżeli badany nie ukończył 18-stu lat konieczny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)**  
DATA.....

.....  
**Dane identyfikujące lekarza ZRiDO**

**WYPEŁNIA LEKARZ NADZORUJĄCY BADANIE**  
DOKUMENTACJA DODATKOWA DOSTARCZONA PRZEZ PACJENTA (**ZOSTAWIONA LEKARZOWI**)  
PŁYTA  SZTUK ..... | KLISZA  SZTUK ..... | OPIS  SZTUK .....  
INNE  .....