

ANKIETA WSTĘPNA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Imię i nazwisko: PESEL:

Czy posiada Pan/Pani:			
1.	ciała metaliczne w jamie ustnej? (np. plomby amalgamatowe, stała proteza zębowa, aparat ortodontyczny, implanty) Jeżeli tak, jakie:	☐ TAK	☐ NIE
2.	protezę oczną lub ciała obce w gałce ocznej? (np. opłuki metalu)	☐ TAK	☐ NIE
3.	sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorowo – żylną lub komorowo – otrzewnową?	☐ TAK	☐ NIE
4.	implant słuchowy, wszczep ślimaka lub wykonano u Pana/Pani plastykę kosteczek słuchowych?	☐ TAK	☐ NIE
5.	pompę insulinową lub inne urządzenia podające leki?	☐ TAK	☐ NIE
6.	endoprotezę, implanty ortopedyczne?	☐ TAK	☐ NIE
7.	inne metalowe elementy założone operacyjnie? (np. stenty, gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, szwy metalowe)	☐ TAK	☐ NIE
8.	inne ciała metaliczne (np. odłamki metalowe, tatuaż, inne [jakie?]):	☐ TAK	☐ NIE
9.	klipsy lub klamrę po usunięciu woreczka żółciowego?	☐ TAK	☐ NIE
10.	rozrusznik/kardiowerter serca, elektrody serca? Jeżeli tak, to czy wszczepienie urządzenia miało miejsce w tutejszym szpitalu? ☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK	☐ NIE
11.	wagę powyżej 130 kg?	☐ TAK	☐ NIE
12.	[dotyczy kobiet] domaciczną wkładkę antykoncepcyjną?	☐ TAK	☐ NIE
13.	[dotyczy kobiet] Czy jest Pani w ciąży?	☐ TAK	☐ NIE

W przypadku, kiedy w ankiecie zaznaczono występowanie któregośkolwiek z elementów w ciele, należy dostarczyć w dniu ustalania terminu badania:

- Kopię dokumentacji medycznej z nazwą implantowanego materiału (najczęściej jest to karta wypisowa ze szpitala, gdzie zabieg był wykonany, paszport urządzenia),
- Wynik badania rezonansu magnetycznego wykonanego po wszczepieniu powyższego elementu metalowego.

Kraków, dnia: Czytelny podpis: