SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
w Poznaniu
im. prof. Ludwika Bierkowskiego

ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań
rejestracja 618464750(751) (758) tel. 61 846 46 31
fax. 61 846 45 98
rejestracja.rezonans@szpitalmswia.poznan.pl

WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM

Czy miał Pan/i jakikolwiek zabieg operacyjny ?Jeśli tak-wymienić	**TAK**	**NIE**
Czy cierpi Pan/i na klaustrofobię?	**TAK**	**NIE**
Czy był Pan/i zraniony ciałem metalicznym?(odłamek ,pocisk)	**TAK**	**NIE**
Czy miał Pan/i uraz oka wiórem metalicznym opiłkiem?	**TAK**	**NIE**
Czy miał Pan/i reakcje uboczne po środkach kontrastowych w bad MR lub KT lub lekach?	**TAK**	**NIE**
Czy jest Pani w ciąży? Badanie możliwe tylko w stanach bezpośredniego zagrożenia życia	**TAK**	**NIE**
Czy choruje Pan/i na nadciśnienie tętnicze lub choroby nerek(w przypadku niewydolności – oznaczony aktualny poziom kreatyniny)	**TAK**	**NIE**

Pod wpływem pola magnetycznego wymienione poniżej przedmioty mogą przestać prawidłowo funkcjonować ,ulec przemieszczeniu lub nagrzaniu, co może stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, jak również spowodować powstanie artefaktów uniemożliwiających wykonanie badania MR. Proszę zaznaczyć ,czy posiada Pan/i jakąkolwiek z wymienionych rzeczy

ROZRUSZNIK SERCA	**TAK**	**NIE**
IMPLANT USZNY(ŚLIMAKOWY)	**TAK**	**NIE**
KLIPSY CHIRURGICZNE (np.WEWNĄTRZCZASZKOWE) **	**TAK**	**NIE**
NEUROSTYMULATORY **	**TAK**	**NIE**
IMPLANTOWANY DEFIBRYLATOR	**TAK**	**NIE**
STENT,STENTGRAF **	**TAK**	**NIE**
IMPLANTOWANY PRZYRZĄD DO DAWKOWANIA LEKÓW	**TAK**	**NIE**
IMPLANTOWANA ZASTAWKA SERCA **	**TAK**	**NIE**
PROTEZY NARZĄDÓW (JAKIE?) **.....	**TAK**	**NIE**
JAKIEKOLWIEK IMPLANTY-wymienić.....**	**TAK**	**NIE**
SOCZEWKI KONTAKTOWE	**TAK**	**NIE**
WKŁADKA DOMACICZNA (SPIRALA)	**TAK**	**NIE**

W przypadku zakreślenia któregokolwiek TAK wykonanie badania MR może być niemożliwe.
**** należy podać dokładny rodzaj implantu (typ, producent, kiedy wszczepiony),posiadać zgodę lekarza operatora na wykonanie badania.**
Przed badaniem należy usunąć protezy zębowe, szpilki do włosów, kolczyki, naszyjniki, zegarki, aparaty słuchowe, okulary, soczewki.

OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE WDG MOJEJ WIEDZY

WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO, JEŻELI ZAISTNIEJE TAKA KONIECZNOŚĆ	**TAK**	**NIE**
PRZEBYWAM NA LECZENIU SZPITALNYM (DOTYCZY BADAŃ AMBULATORYJNYCH)	**TAK**	**NIE**

Podpis czytelny pacjenta.....Data.....
TELEFON DO PACJENTA.....waga.....wzrost.....