



F.DO.2 ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań

Wydanie 1

Obowiązuje od 22.03.2024

Strona 1/2

Standard: Diagnostyka Obrazowa DO

Dane Pacjenta:

Nazwisko i imię.....

PESEL.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość.....

Ulica i nr domu.....

Telefon kontaktowy.....

WAGA.....WZROST.....

PROSZĘ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ ZAZNACZYĆ KÓŁKIEM

Czy miał Pan/i jakikolwiek zabieg operacyjny? Jeśli tak, proszę 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 badaniach 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 lub inne choroby przewlekłe? Jeśli tak, proszę wymienić:	TAK	NIE

Pod wpływem pola magnetycznego wymienione poniżej przedmioty mogą przestać prawidłowo funkcjonować , ulec przemieszczeniu lub nagrzeniu,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
KARDIOWERTER	TAK	NIE
STENTY, STENTGRAFTY	TAK	NIE
IMPLANTOWANY PRZYRZĄD DO PODAWANIA LEKÓW	TAK	NIE
ZASTAWKA SERCA	TAK	NIE
PROTEZY NARZĄDÓW, jeśli tak to jakie?	TAK	NIE
INNE IMPLANTY, jeśli tak to jakie?	TAK	NIE
WKŁADKA DOMACICZNA (SPIRALA)	TAK	NIE

*należy podać dokładny rodzaj implantu (typ, producent, kiedy wszczepiony lub posiadać **zgody lekarza operatora na wykonanie badania.**

Przed badaniem należy usunąć protezy zębowe, szpilki do włosów , kolczyki, naszyjniki, zegarki, aparaty słuchowe, okulary, itp.



F.DO.2 ANKIETA DLA PACJENTÓW PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO



SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego
ul. Dojazd 34, 60-631 Poznań

Wydanie 1

Obowiązuje od 22.03.2024

Strona 2/2

Standard: Diagnostyka Obrazowa DO

Proszę podać dolegliwości związane z powodem wykonania badania MR.

.....
.....

Czy wykonywano już badania RTG/USG/TK/MR badanej dzisiaj okolicy ciała? Jeśli tak, to proszę dostarczyć opisy badań oraz płyty CD z obrazami.

.....
.....
.....

OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE WG MOJEJ WIEDZY

O konieczności podania kontrastu decyduje lekarz radiolog nadzorujący badanie, na podstawie danych klinicznych ze skierowania, wywiadu z Pacjentem i jego stanu zdrowia, oraz ewentualnych przeciwwskazań do podania kontrastu.

Po podaniu kontrastu mogą wystąpić niepożądane reakcje: zawroty głowy, senność, zaburzenia widzenia i smaku, pokrzywka, świąd, niepokój, uczucie duszności, uczucie ciepła lub gorąca, zaczerwienienie w miejscu podania lub krwiak, krwawienie w miejscu wkłucia, bóle głowy, pleców lub ból w klatce piersiowej, nudności, wymioty, obrzęk powiek, twarzy, krtani, zatrzymanie czynności oddechowej, nagły i znaczny spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zatrzymanie czynności serca.

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO	TAK	NIE
WYRAŻAM ZGODĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO, JEŚLI ZAISTNIEJE TAKA KONIECZNOŚĆ	TAK	NIE
PRZEBYWAM NA LECZENIU SZPITALNYM (DOTYCZY BADAŃ AMBULATORYJNYCH)	TAK	NIE

Podpis czytelny pacjenta Data

WYPEŁNIA PERSONEL PRACOWNI

Technik wykonujący badanie	Pieczętka i podpis.....
Pielęgniarka Poziom kreatyniny Pieczętka i podpis
Lekarz nadzorujący badanie	Pieczętka i podpis
Kontrast	Nazwa i ilość