|  |  |
| --- | --- |
| **Dane pacjenta:** | |
| Nazwisko i imię |  |
| PESEL |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica i nr domu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Typ badania |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WAGA (kg)** |  | **WZROST (cm)** |  |
| **Proszę podać dolegliwości związane z powodem wykonania badania MR:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |

**PROSIMY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ „x”**

|  | TAK | NIE |
| --- | --- | --- |
| Czy kiedykolwiek miał/a Pan/ Pani wykonywane badanie rezonansu magnetycznego?  (**Jeśli tak proszę dostarczyć opisy badań i płyty CD z obrazami do rejestracji**) |  |  |
| Czy miał/a Pan/Pani podawane środki kontrastowe podczas wcześniejszych badań diagnostycznych |  |  |
| Czy w czasie lub po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/ Panią objawy? Jakie?...................................................................……………………... |  |  |
| Czy jest Pan/Pani uczulony na leki? Jeśli tak, to jakie?............................................... |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: **cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową, niewydolność wątroby, hemofilię, zaburzenia krzepliwości krwi, niewydolność nerek, choroby nerek?** (proszę podkreślić właściwe) |  |  |
| Czy przebył/a Pan/Pani zabiegi operacyjne? Jeśli tak, jakie? Kiedy?  ................................................................................... |  |  |
| **DOTYCZY KOBIET** | | |
| Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa, że może być w ciąży?  Badanie MR w ciąży (szczególnie w 1. trymestrze) wykonywane jest wyłącznie w przypadkach bezwzględnej konieczności |  |  |

**Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? Niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczaniu lub nagrzaniu, co może stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta , jak również spowodować powstanie artefaktów uniemożliwiających wykonanie badania MR:**

| PRZEDMIOT | TAK | NIE |
| --- | --- | --- |
| Rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika |  |  |
| Implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy |  |  |
| Metalowe opiłki, odłamki w ciele, skórze lub oku |  |  |
| Klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne, metalowe szwy chirurgiczne |  |  |
| Implantowana sztuczna zastawka serca |  |  |
| Stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe |  |  |
| Implantowana pompa insulinowa lub inny przyrząd do podawania leków lub monitorowania glikemii |  |  |
| Port naczyniowy lub zastawka neurochirurgiczną |  |  |
| Proteza kończyny lub stawu, jakiekolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty itd |  |  |
| Metalowe elementy stomatologiczne: protezę zębową, most, aparat ortodontyczny itp. |  |  |
| Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) |  |  |
| Makijaż trwały, tatuaż |  |  |
| Inne wszczepione elementy metalowe? Jakie?……………………………………………... |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZGODY PACJENTA** | TAK | NIE |
| W wyczerpujący sposób zostałem/-am poinformowany/-a o mogących wystąpić działaniach niepożądanych badania metodą rezonansu magnetycznego, założenia dostępu dożylnego oraz związanych z dożylnym podaniem środka kontrastowego, miałem/-am możliwość zadawania pytań, zgodę podpisałem w obecności personelu pracowni. |  |  |
| Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego |  |  |
| Wyrażam świadomą zgodę na podanie dożylne gadolinowego środka kontrastowego |  |  |
| Oświadczam, że podane w ankiecie informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem żadnej informacji, o którą zapytano w ankiecie. |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** |  | **CZYTELNY PODPIS PACJENTA** |  |
| **DATA** |  | **PODPIS PRACOWNIKA MEDYCZNEGO ODBIERAJĄCEGO ZGODĘ** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADANIA (proszę postawić X przy dokonanym wyborze)** | |
|  | Upoważniam do odbioru wyniku wykonanego badania Pana/Panią:  Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………  PESEL/data urodzenia: ……………………………………………………………………….. |
|  | Nie upoważniam nikogo do odbioru wyniku wykonanego badania. |