

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

I. DANE PACJENTA:

Nazwisko, imię

PESEL:

Waga..... Wzrost.....

Rodzaj badania:.....

Data badania:.....

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym.

Czas przebywania w aparacie może wynosić nawet 60 minut.

Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnie środka cieniującego.

Do pomieszczenia MR nie wolno wносить kluczy, zegarków, kart bankomatowych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów.

W przypadku badania głowy prosimy o usunięcie makijażu.

Niezastosowanie się do powyższych zakazów może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta lub obsługę.

III. ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR) ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTUJĄCEGO

W trosce o Państwa bezpieczeństwo uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.

Podane przez Pana/Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź, stawiając krzyżyk w odpowiednim okienku
(wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne):

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. W przeszłości miałem/am wykonane badanie rezonansu magnetycznego (MR) | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| 2. Mam klaustrofobię | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| 3. Czy kiedykolwiek przebyłem/am zabiegi operacyjne | TAK | ☐ | NIE | ☐ |

Jeżeli tak, to jakie:

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 4. Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki) | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

Jeżeli tak, to jakie:

- | | | | | |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 5. Czy choruje lub chorował Pan/chorowała Pani na poważne schorzenia nerek? | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| 6. Czy może mieć Pan/Pani metalowe opłuki ? | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| 7. Czy ma Pan/Pani wszczepione wymienione poniżej przedmioty? | | | | |
| ▪ rozrusznik serca / defibrylator | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| ▪ stenty naczyniowe, klipsy chirurgiczne, staplery, filtry wewnątrznaczyniowe | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| ▪ implant ślimakowy, implant uszny, inny implant | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| ▪ pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| ▪ sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorową | TAK | ☐ | NIE | ☐ |
| ▪ protezę kończyny lub stawu, lub jakiegokolwiek implanty ortopedyczne:
(gwoździe, śruby, druty, płytki metalowe) | TAK | ☐ | NIE | ☐ |

- protezę zębową, most, aparat ortodontyczny
- makijaż trwały, tatuaż, biżuterię

TAK ☐NIE ☐TAK ☐NIE ☐**DOTYCZY KOBIET:**

Jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży

TAK ☐NIE ☐**IV. ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA**

Podane przez mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Przeczytałam/em i zrozumiałam/em całą zawartość tego formularza oraz zapewniono mi możliwości zadawania pytań odnośnie zawartych w nim informacji.

Zostałam/em poinformowana/y o możliwości powikłań związanych z badaniem i

WYRAŻAM ZGODĘ
na wykonanie badania.

Zgadzam się TAKŻE na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja.

nie wyrażam zgody**na wykonanie badania**

.....
 Data i podpis pacjenta (w przypadku dzieci zgoda rodzica)

.....
 Data i podpis pacjenta (w przypadku dzieci podpis rodzica)

V. ZGODA NA DOŻYLNIE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego, świadoma/świadomy możliwości wystąpienia objawów ubocznych

WYRAŻAM ZGODĘ
na jego dożylne podanie

nie wyrażam zgody**na podanie środka cieniującego**

W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niepełnej diagnozy.

.....
 Data i podpis pacjenta (w przypadku dzieci zgoda rodzica)

.....
 Data i podpis pacjenta (w przypadku dzieci podpis rodzica)

W przypadku pozostawienia w placówce dokumentacji medycznej, proszę podać jej rodzaj i liczbę:

CD.....

Dokumentacja papierowa.....

podpis pacjenta:**podpis elektoradiologa:**

