

ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

* Nie zaleca się wykonywania badania MR w ciąży, a szczególnie w jej pierwszym trymestrze.

* Badanie wymaga przebywania w bezruchu przez ok. 30-60 minut.

Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalicznych, kart magnetycznych, przedmiotów elektronicznych – należy unikać zakładania ubiorów wyposażonych w haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki.

Przedmioty elektroniczne mogą ulec uszkodzeniu, w miarę możliwości prosimy o pozostawienie ww przedmiotów w domu.

W trakcie badania MR pacjent przebywa w silnym polu magnetycznym. W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o wypełnienie Ankiety.

..... Nazwisko i Imię PESEL
..... Waga ciała Adres e-mail
1. Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek wykonane badanie MR	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
2. Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
3. Czy jest Pani w ciąży	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
4. Czy ma Pan/Pani wszczepione wymienione poniżej przedmioty	
➤ rozrusznik serca	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
➤ stenty naczyniowe, klipsy chirurgiczne, staplery	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
➤ pompę insulinową lub przyrząd do przetaczania leków	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
➤ protezę kończyny lub stawu lub jakiegokolwiek implanty ortopedyczne (gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, metalowe szwy itp.)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
➤ metalowa wkładka domaciczna/spirała	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a podane przez mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego i w razie potrzeby zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta

.....
Podpis technika