

Załącznik do skierowania na badanie MR(dla chorego)

W czasie badania REZONANSU MAGNETYCZNEGO występuje stałe, silne pole magnetyczne. PRZEBYWANIE W JEGO ZASIĘGU DLA NIEKTÓRYCH OSÓB MOŻE BYĆ NIEBEZPIECZNE. Dlatego też prosimy o UWAŻNE WYPEŁNIENIE ANKIETY i udzielenie prawdziwych odpowiedzi.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EWENTUALNE SKUTKI WYNIKAJĄCE Z PODANIA NIEPRAWDZIWYCH ODPOWIEDZI PONOSI OSOBA BADANA LUB JEJ PRAWNY OPIEKUN.

Do pomieszczenia w którym odbywa się badanie **nie wolno** wносить kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów komórkowych, biżuterii oraz innych metalowych przedmiotów. Przed badaniem należy usunąć ruchome protezy zębowe, aparat słuchowy, okulary.

W przypadku badania głowy, twarzoczaszki i oczodołów należy usunąć makijaż z twarzy.

W SYTUACJI WSZCZEPIONEGO ROZRUSZNIKA SERCA NALEŻY BEZWZGLĘDNIE POINFORMOWAĆ O TYM FAKCIE PERSONEL!

Wszelkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

PYTANIA	TAK	NIE
Czy w przeszłości było wykonane badanie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjentka jest w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjentka ma spiralę wewnątrzmaciczną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma by-pass, sztuczną zastawkę serca, klipsy naczyniowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma neurostymulator lub inne biostymulatory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, klipsy naczyniowe, stabilizatory kręgosłupa itp.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma inne metaliczne elementy w ciele: kule postrzałowe, odłamki, opiłki ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma: protezę zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgamatowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma aparat słuchowy , implant ślimakowy ,miał(a) plastikę kosteczek słuchowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma niewydolność serca lub migotanie przedsionków serca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka jest uczulony/a na leki, środki kontrastowe inne substancje? jakie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka chorował/a w przeszłości lub choruje na poważne schorzenia nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niniejszym oświadczam ,że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.

Data wypełnienia

Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

.....

.....