

Ankieta dla pacjentów przed badaniem Rezonansu Magnetycznego (MR)

Badanie metodą rezonansu magnetycznego jest bezbolesne i nieszkodliwe dla zdrowia. Badania trwa od 15 do 90 minut. W czasie badania należy leżeć nieruchomo, spokojnie oddychając. Można przetykać ślinę i mrugać oczami. Głośny hałas aparatu jest normalną częścią pracy urządzenia. W razie potrzeby, którą Pani/Pan może zgłosić za pomocą specjalnego urządzenia („gruszki”), personel Pracowni może skontaktować się z Panią/Panem w czasie badania przez wewnętrzny głośnik. W niektórych przypadkach konieczne jest dożylnie podanie środka kontrastowego. Jest to jednak inny środek kontrastowy niż stosowany w pozostałych badaniach radiologicznych. Po podaniu BARDZO rzadko występuje reakcja alergiczna. Podczas podawania kontrastu większość osób nic nie odczuwa, a niektóre osoby czują zimny przepływ. Do pomieszczenia badań **nie wolno wnosić kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych lub elektronicznych przedmiotów.** Niezastosowanie się do tego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta. Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety, zakreślając „kółeczkiem” prawidłową odpowiedź **TAK** lub **NIE** lub wpisując potrzebną informację. **Wszystkie wszczepione sztuczne ciała zawierające elektronikę lub baterie proszę zgłosić personelowi przed badaniem.**

Czy ma Pani/Pan sztuczny stymulator serca lub kardiowerter („rozrusznik“)?	TAK	NIE
Czy może Pani/Pan mieć metalowe opilki w oku?	TAK	NIE
Czy w Pani/Pana ciele są jakiegokolwiek sztuczne ciała? (odłamki, protezy ortopedyczne, stomatologiczne, spirala wewnątrzmaciczna)	TAK	NIE
Czy przeżyła Pani/Pan operacje? Jeśli tak to jakie i kiedy?.....	TAK	NIE
Czy w czasie operacji wszczepiono Pani/Panu metalowe elementy w ciele? (implanty słuchowe, sztuczna zastawka serca, endoproteza, pompa insulinowa, zastawka w komorze mózgu, neurostymulator, stenty, inne?) Kiedy i gdzie?.....	TAK	NIE
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię (lęk przed ciasnymi pomieszczeniami)?	TAK	NIE
Czy choruje Pani/Pan na padaczkę?	TAK	NIE
Czy choruje Pan/Pani na ostrą lub przewlekłą niewydolność nerek lub inne choroby nerek?	TAK	NIE
Czy zgadza się Pani/Pan na ewentualne podanie środka kontrastowego?	TAK	NIE
Wyniki: Kreatyniny:..... mg/dl GFR:.....		
Dotyczy tylko kobiet (Brak badań wpływu pola magnetycznego na przebieg ciąży w pierwszym trymestrze.) Czy istnieje możliwość, że jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią? (Jeśli badanie jest z kontrastem, nie należy karmić piersią 24h po badaniu)	TAK	NIE

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na wykonanie badania MR.

.....
Nazwisko i imię [DRUKOWANYMI LITERAMI]

.....
Numer PESEL

.....
Adres zamieszkania
do ewentualnej korespondencji

.....
Przybliżona waga ciała (kg) i wzrost (cm)

.....
Nr telefonu kontaktowego

.....
Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....
Data i podpis lekarza kierującego (dotyczy pacjentów badanych w ramach hospitalizacji)