

ANKIETA O STANIE ZDROWIA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Szczecin, dn.

Imię i Nazwisko:

PESEL:.....

Waga.....

Wzrost.....

Podczas badania rezonansu magnetycznego (MR) pacjent umieszczony zostaje w aparacie, w stałym polu magnetycznym o silnej energii. Przebywanie w jego zasięgu może być niebezpieczne. W trosce o Pana/ Pani bezpieczeństwo, jak i bezpieczeństwo personelu obecnego podczas badania prosimy o uważne wypełnienie poniższej ankiety, a w razie jakichkolwiek wątpliwości prosimy o zgłoszenie ich lekarzowi przed badaniem.

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

1. Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca, kardiowerter-defibrylator, stymulator serca???

TAK / NIE

2. Czy był Pan/Pani wcześniej poddany badaniu MR?

TAK / NIE

**3. Czy w czasie badania MR lub po nim, po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś dolegliwości?
Jeśli tak, to jakie?**

TAK..... /NIE/nie dotyczy

4. Czy Cierpi Pan/ Pani na klaustrofobię (lęk przed małym, ciasnym pomieszczeniem)?

TAK / NIE

5. Czy jest Pani w ciąży?

TAK / NIE

6. Czy ma Pan/ Pani sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), filtr żyły głównej, klipsy naczyniowe, protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe, aparat słuchowy, implant ślimakowy, miał(a) plastikę kosteczek słuchowych, aparat słuchowy, implant ślimakowy, miał(a) plastikę kosteczek słuchowych, by-pass, pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?

(*Jeśli tak proszę podkreślić)

**7. Czy ma Pan/ Pani inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory kręgosłupa itp.?
Jeśli tak, to jakie?**

.....

8. Czy ma Pan/Pani protezę zębów, implanty zębowe, protezę zębową, kłamry zębowe, plomby amalgamatowe?

TAK / NIE

9. Czy w wyniku urazu ciałem obcym, nie pozostał w Pana/ Pani ciele odłamek, opilek metalowy?

TAK / NIE

10. Czy cierpi Pan/ Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzycę, padaczkę, astmę oskrzelową, chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, migotanie przedsionków serca, niewydolność nerek? Jeśli tak, proszę podkreślić schorzenie.

11. Czy jest Pan/ Pani uczulony/a na leki, pokarmy, inne substancje? Jeśli tak to na jakie:

.....

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

UWAGA!

W większości przypadków pacjentowi podawany jest dożylny środek kontrastowy. Możliwe powikłania wynikające z podania kontrastu zdarzają się bardzo rzadko. Mogą ujawnić się łagodne reakcje skórne i pokarmowe (np. zaczerwienienie skóry, wymioty, nudności), przyspieszony rytm serca, spadek ciśnienia krwi, zatrzymanie oddechu i pracy serca, zanik ciśnienia krwi. Jeśli jesteś alergikiem lub masz uczulenie na radiologiczne środki kontrastowe – koniecznie poinformuj o tym personel medyczny wykonujący badanie.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a odpowiedzi są zgodne z moją najlepszą wiedzą. Zostałem/am poinformowany/a o konsekwencjach podania nieprawdziwych odpowiedzi oraz zatajenia ważnych informacji mających związek z badaniem rezonansu magnetycznego. Poinformowano mnie o ewentualnych powikłaniach. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i podanie środka kontrastowego.

Zostałem/zostałam poinformowany/a o konsekwencjach podania nieprawdziwych odpowiedzi oraz zatajenia ważnych informacji mających związek z badaniem rezonansu magnetycznego.

Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego i jestem poinformowany/a o ewentualnych powikłaniach.

.....
(podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)