

# ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR) ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

.....  
Nazwisko i Imię

.....  
PESEL/data urodzenia

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 kontrastowego, który wyjątkowo może wywołać reakcję alergiczną. 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 personelu.

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo uprzejmie prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Podane przez Pana/-ią 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   
YES YES NO NO
2. Mam klaustrofobię TAK  NIE   
YES YES NO NO
- Uwaga: Jeśli Pacjent nie będzie w stanie przystąpić do badania, zwracamy 50% jego ceny.**
3. Przebyłem/-am zabiegi operacyjne TAK  NIE   
YES YES NO NO
- Jeżeli tak, to jakie? .....
4. Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki) TAK  NIE   
YES YES NO NO
- Jeżeli tak, to jakie? .....
5. Czy choruje lub chorował/-a Pan/-i na poważne schorzenia nerek? TAK  NIE   
YES YES NO NO
6. Czy może mieć Pan/-i metalowe opiłki w oku? TAK  NIE   
YES YES NO NO
7. Czy ma Pan/-i wszczepione wymienione niżej przedmioty? TAK  NIE   
YES YES NO NO
- rozrusznik serca TAK  NIE   
YES YES NO NO
  - stenty naczyniowe, klipsy chirurgiczne, staplery, filtry wewnątrznaczyniowe TAK  NIE   
YES YES NO NO
  - implant ślimakowy, inny implant uszny TAK  NIE   
YES YES NO NO
  - pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków TAK  NIE   
YES YES NO NO
  - sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorową TAK  NIE   
YES YES NO NO
  - protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne (gwoździe, śruby, druty, płytki metalowe) TAK  NIE   
YES YES NO NO
  - protezę zębową, most, aparat ortodontyczny TAK  NIE   
YES YES NO NO
  - makijaż trwały, tatuaż, biżuterię TAK  NIE   
YES YES NO NO
- Dotyczy kobiet TAK  NIE   
YES YES NO NO
8. Jestem lub podejrzewam, że mog być w ciąży TAK  NIE   
YES YES NO NO

Waga Pacjenta: .....

Wzrost Pacjenta: .....

### OŚWIADCZENIE PERSONELU LECZNIC CITOMED

Ankieta przed badaniem MR i podaniem środka cieniującego została sprawdzona i przyjęta

.....

Data i podpis

ŚRODKI KONTRASTOWE STOSOWANE W BADANIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO,  
mogą powodować występowanie następujących działań niepożądanych:

- nudności
- pokrzywka
- zaburzenia smaku
- ból i uczucie zimna w miejscu podania
- ból głowy u uczucie gorąca (1-2% Pacjentów)
- bardzo rzadko – reakcje anafilaktyczne

### ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Przeczytałem/-am i zrozumiałem/-am całą zawartość tego formularza oraz zapewniono mi możliwość zadawania pytań odnośnie zawartych w nim informacji.

Zostałem poinformowany/-a o możliwości powikłań związanych z badaniem i **WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY\*** na przeprowadzenie badania.

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego **WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY\*** na jego dożylnie podanie, świadomy/-a możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

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

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

.....

Data

.....

Podpis Pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić