

ANKIETA PRZED BADANEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Prosimy o dokładne i czytelne wypełnienie poniższej ankiety. Informacje podane objęte są tajemnicą zawodową, nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

Nazwisko..... Płeć K M

Imię Wzrost.....cm

Data urodzenia/PESEL..... Waga.....kg

Adres, telefon
.....

Stan psychofizyczny oraz obecność metalowych przedmiotów w organizmie Pacjenta mogą stanowić przeciwwskazanie do badania za pomocą rezonansu magnetycznego i być przyczyną zagrożenia dla osoby badanej, mogą również powodować trudności w wykonaniu i prawidłowej ocenie badania.

Badanie wykorzystuje działanie pola magnetycznego na ciało człowieka, trwa średnio od 30 do 60 minut. Towarzyszy mu okresowy hałas, zależny od fazy badania.

Pacjenci otrzymują stopery uszne. W czasie badania należy pozostawać w bezruchu, klaustrofobia niejednokrotnie uniemożliwia wykonanie badania.

Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym.

Bezwzględne przeciwwskazania do badania to - sztuczny rozrusznik serca, neurostimulatory, niektóre implanty metalowe (np. ślimakowy).

Prosimy o zażycie przed badaniem przyjmowanych przewlekle leków. Prosimy przed badaniem nie pić kawy i innych napojów moczopędnych, należy zgłosić się z pustym pęcherzem moczowym - nie dotyczy to badania MR miednicy małej. Przed badaniem MR głowy nie należy stosować makijażu, środków fryzjerskich.

Do pełnej wartości badania czasami jest wymagane podanie dożylnie środka kontrastowego (po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje rzekomoanafilaktyczne). Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15-30 minut.

W dniu badania należy dostarczyć pełną dokumentację z badań obrazowych wcześniej wykonanych: MR, TK, USG, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

Prosimy o dostosowanie się do zaleceń personelu medycznego Pracowni MR.

Ze względu na przebywanie w polu elektromagnetycznym konieczne jest świadome i osobiste wypełnienie ankiety, proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź !

Proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź - X	TAK	NIE
Czy występuje u Pani/Pana lęk przed przebywaniem w pomieszczeniu zamkniętym?		
Czy występują u Pani/Pana uczulenia na leki, środki kontrastowe?		
Czy wykonuje Pani/Pan pracę w kontakcie z opiłkami metali lub możliwa jest ich obecność w częściach miękkich ?		
Czy jest Pani w pierwszym trymestrze/ późniejszym okresie ciąży?		

Czy Pani/ Pan posiada:

Proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź - X	TAK	NIE
Rozrusznik serca		
Sztuczną metalową zastawkę serca		
Wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe*		
Neurostymulatory		
Metalowe fragmenty lub opiłki w gałce ocznej, protezę oczną*		
Aparat słuchowy wszczepiony w uchu wewnętrznym lub środkowym		
Inne metaliczne ciała w głowie, implanty słuchowe		
Metalowe klipsy operacyjne w tętnicach i żyłach, filtry, stenty		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Metalowe wszczepy ortopedyczne (śruby, płytki, gwoździe, inne)**		
Metalowe protezy stawów i kończyn**		
Metalowe odłamki w ciele lub skórze, kule		
Metalowe mostki zębowe, protezy		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)		
Inne wszczepione metale lub urządzenia (np. pompa insulinowa)		
Inne metaliczne elementy w obrębie ciała		
Tatuaż, trwałe makijaż		

*konieczne oświadczenie lekarza klinicysty o dopuszczeniu do badania MR

** Proszę podać datę i rodzaj materiału zastosowanego przypadku wszczepów metalowych:

.....

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego i w razie potrzeby zgadzam się na dożylnie podanie środka kontrastowego. TAK NIE

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne z prawdą. TAK NIE

Podpis pacjenta/opiekuna prawnego:

.....

(data, podpis)