



**Prosimy o zapoznanie się i wypełnienie**

**WYWIAD DLA TECHNIKA ELEKTORADIOLOGII / PIELEŃNIARKI (POUFNE)**

Data badania: ..... PESEL

Nazwisko: ..... PŁEĆ  Kobieta  Mężczyzna

Imię: ..... Nr telefonu: .....  
*(Nr telefonu jest konieczny w celu uzyskania sms-a o opisanu badania)*

 Rodzaj badania: ..... Kontrast: .....

**WYPEŁNIA TECHNIK!**

**INFORMACJE OGÓLNE**

- Podczas badania MR pacjent znajduje się **w polu magnetycznym**.
- Średni **czas badania to 30-60 min**. Towarzyszy mu okresowy **hałas**, zależny od fazy badania. Pacjenci otrzymują stopery uszne/słuchawki.
- W czasie badania **należy pozostawać w bezruchu**.
- W trakcie badania może zaistnieć **potrzeba dożylnego podania środka kontrastującego** (po jego podaniu mogą wystąpić reakcje rzekomoanafilaktyczne). **Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji po badaniu w pracowni przez okres 15-30 min.**
- Do pracowni MR **nie wolno wносить żadnych przedmiotów metalowych** (kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, biżuterii itp.) Nieprzestrzeganie powyższych zasad może spowodować uszkodzenie aparatu MR i wniesionych przedmiotów oraz **narazić na niebezpieczeństwo obsługę lub pacjenta**.

**! BEZWZGLĘDNYM PRZECIWSKAZANIEM do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta ROZRUSZNIKA SERCA (układu stymulującego pracę serca). NIE ZALECA SIĘ TAKŻE wykonywania badania MR w pierwszym trymestrze CIĄŻY ! !**

**Prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety:**

Ciężar ciała (kg): ....., wzrost (cm): ....., wiek: .....


**Zgłaszane dolegliwości** (odnośnie badanej okolicy ciała)

.....

.....

.....

.....

Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:	TAK	NIE
1. <b>Czy jest Pani w ciąży?</b> 		
2. Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR (rezonans magnetyczny) ?		
3. Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy ?		
4. Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię ?		
5. Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?		

Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:	TAK	NIE
1. Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opilek, odłamek, odprysk, wiór metalowym itp.?		
2. Czy miał/a Pan/Pani uraz oka spowodowany metalicznym ciałem obcym np. opiłkiem, odpryskiem, wiórem metalowym? Jeśli <b>TAK</b> , konieczne jest wykonanie badania <b>RTG oczodołów</b> przed wykonaniem badania NMR.		
3. Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: (proszę podkreślić właściwe choroby) <b>cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową?</b>		
4. Czy jest Pan/Pani uczulony na leki, środki kontrastowe? Jeśli tak to na jakie? .....		
5. Czy były wykonywane zabiegi, operacje? (proszę podać jakie i kiedy) ..... .....		

**Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu, nagraniu lub uszkodzeniu)**

Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:	TAK	NIE
- rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika <b>!</b>		
- klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne*		
- protezę naczyniową (stent), spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe*		
- implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
- implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków*		
- implantowaną sztuczną zastawkę serca,		
- protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe**		
- port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną**		
- protezę zębową, most, metalowe zęby, implanty zębów, aparat ortodontyczny itp.		
- protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne typu: gwoździe, śruby, druty, pręty, płytki itp.*		
- wkładkę antykoncepcyjną		
- makijaż trwały, tatuaż		

\* Prosimy o dostarczenie dokumentacji zawierającej informacje o implantach (paszport, karta informacyjna ze szpitala itp.)

\*\* Konieczne oświadczenie lekarza klinicysty o dopuszczeniu do badania MR

- Oświadczam, iż powyższe informacje są prawdziwe wg mojej najlepszej wiedzy.
- Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji
- Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości powikłań związanych z badaniem oraz po podaniu **środka kontrastującego** i mimo to:
  - Wyrażam świadomą zgodę na dożylną podanie środka kontrastującego.
  - Nie wyrażam** świadomej zgody na dożylną podanie środka kontrastującego.
  - Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania.
  - Nie wyrażam** świadomej zgody na wykonanie badania.
- W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastującego **przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niedokończonej / niepełnej diagnozy** spowodowanej nie podaniem środka kontrastującego.

.....  
data i podpis pacjenta / rodzica  
lub opiekuna prawnego

### Dokumentacja pozostawiona przez pacjenta do badania MR



Zdjęcia ..... szt



Płyta CD ..... szt



Opisy badań

..... szt

Inne (jakie?) .....