

Przygotowanie do badania w Pracowni Rezonansu Magnetycznego (MR).

Nie więcej niż na 10 dni przed badaniem MR wykonać w laboratorium badanie krwi w celu określenia poziomu **KREATYNINY** oraz czynnika **GFR**. W przypadku podniesionego poziomu kreatyniny pacjent powinien zgłosić się do lekarza kierującego lub lekarza POZ w celu uzyskania pisemnej zgody na podanie środka kontrastującego.

• **Dwa dni przed badaniem i dwa dni po badaniu należy wypić po 2,5 litra niegazowanego napoju dziennie.**

• **W dniu badania**

pacjent pozostaje NA CZCZO na około 4-6 godzin. Jeśli badanie zaplanowane jest na godziny popołudniowe można zjeść o godzinie 7:00 lekkie śniadanie.

• **W dniu badania ok. godziny 6:00**

należy zażyć leki, które pacjent przyjmuje na stałe. Można je popić wodą niegazowaną.

• **Przed badaniem**

należy przedstawić pełną dokumentację medyczną związaną ze schorzeniem, którego dotyczy:

- TK / MR – poprzednie wyniki TK / MR lub RTG (płyty CD/DVD, klisze, opisy)
- USG, karty informacyjne ze szpitala, zgody na badanie – jeśli posiadamy przeciwwskazania względne, paszporty, zaświadczenia.

• **W przypadku badań:**

głowy, twarzoczaszki, oczodołów, zatok należy zgłosić się na badanie *bez makijażu i nie stosować lakieru do włosów – kosmetyki mogą powodować zniekształcenie obrazu.*

• **Na badane należy zabrać dowód osobisty lub inny dokument zawierający PESEL.**

• **Na badanie należy zgłosić się 15 minut przed planowaną godziną.**

• **Należy zgłosić się w ubraniu:**

luźnym i wygodnym, które podczas badania i pobytu w aparacie nie będzie krępować ruchów (bez jakichkolwiek metalowych elementów, takich jak zatrzaski, suwaki, guziki, cekiny czy paski). Można wziąć ze sobą ubiór na przebranie.

• **W przypadku realizacji badania w ramach NFZ:**

Pacjent jest zobowiązany dostarczyć do Pracowni **oryginał skierowania w terminie 14 dni roboczych od daty ustalenia terminu badania**, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących. (podstawa prawna: art. 20 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

• **Telefon do rejestracji: 76 72 82 500**

Oświadczam, że zapoznałem (-am) się i jestem świadomy (-ma) konieczności przygotowania do badania Rezonansem Magnetycznym. W przypadku braku lub niewłaściwego przygotowania badanie nie będzie możliwe do przeprowadzenia.

.....
Czytelny podpis Pacjenta:

.....
Data i godzina badania.