

Prosimy o zapoznanie się i wypełnienie

WYWIAD DLA TECHNIKA ELEKTORADIOLOGII / PIELĘGNIARKI (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, który jest zależny od fazy badania. Aby zniwelować ten hałas Pacjenci otrzymują stopery uszne lub słuchawki.
- W czasie wykonywania badania **należy pozostawać w bezruchu**.
- W trakcie badania może zaistnieć **potrzeba dożylnego podania środka kontrastującego (kontrastu)** (po jego podaniu mogą wystąpić reakcje rzekomoanafilaktyczne). **Dla bezpieczeństwa Pacjentów zaleca się pozostanie po badaniu na obserwacji w pracowni przez okres 15–30 min.**
- **Do pracowni MR nie wolno wносить żadnych przedmiotów metalowych** (np. 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 Pacjenta oraz personelu.
- **Za uszkodzenia przedmiotów i obrażenia Pacjenta na wskutek w/w sytuacji nie ponowimy żadnej odpowiedzialności.**

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 znaku X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:

TAK

NIE

- | | | |
|--|--|--|
| • CZY JEST PANI W CIĄŻY ? | | |
| • Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR? (Rezonans Magnetyczny) | | |
| • Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub po podaniu środka kontrastowego (kontrastu) wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy? | | |
| • Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? | | |
| • Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek? | | |

Prosimy o postawienie znaku X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:	TAK	NIE
• Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne np. odłamek, opiłtek, odprysk, wiór metalowy itp.?		
• Czy miał/a Pan/Pani uraz oka spowodowany metalicznym ciałem obcym np. opiłkiem, odpryskiem, wiórem metalowym itp. ? Jeśli TAK, to konieczne jest wykonanie badania RTG oczodołów przed wykonaniem badania MR.		
• Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: (proszę podkreślić właściwe choroby) cukrzyca, astma oskrzelowa, padaczka, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa?		
• Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, środki kontrastowe? Jeśli tak to na jakie?		
• 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, nagrzaniu lub uszkodzeniu!

Prosimy o postawienie znaku X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:	TAK	NIE
• ROZRUSZNIK SERCA lub ELEKTRODY ROZRUSZNIKA !		
• klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne*		
• proteza naczyniowa (STENT), spirala lub filtry wewnątrznaczyniowe*		
• implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
• implantowana pompa insulinowa lub przyrząd do podawania leków*		
• implantowana sztuczna zastawka serca		
• proteza gałki ocznej, soczewki kontaktowe**		
• port naczyniowy lub zastawka neurochirurgiczna**		
• proteza zębowa, most, metalowe zęby, implanty zębów, aparat ortodontyczny itp.		
• proteza kończyny lub stawu, jakiekolwiek implanty ortopedyczne typu: gwoździe, śruby, druty, pręty, płytki itp.*		
• wkładka antykoncepcyjna		
• 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 wszystkie 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 pytań i 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 mi środka kontrastującego (kontrastu).
- ☐ **Nie wyrażam** świadomej zgody na dożylną podanie mi środka kontrastującego (kontrastu).
- ☐ Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania.
- ☐ **Nie wyrażam** świadomej zgody na wykonanie badania.
- Oświadczam, że w przypadku braku zgody na podanie mi środka kontrastującego (kontrastu) **przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej, niedokończonej lub niepełnej diagnozy** spowodowanej nie podaniem środka kontrastującego.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta / Rodzica
lub Opiekuna prawnego



Dodatkowa dokumentacja medyczna dołączona przez Pacjenta:

Zdjęcia szt

Płyta CD szt

Opisy/wyniki badań szt

Inne (jakie) ?