

ANKIETA

- I. Czas badania wynosi około 15-60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu przez pacjenta. Jeżeli chory jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie, konieczne jest wcześniejsze ustalenie z pracownią MR możliwości wykonania badania.
- II. Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania MT jest posiadanie w ciele pacjenta:
 - * **stymulatora serca**
 - * **implantu ślimakowego**
 - * **klipsów naczyniowych**
 - * **metalicznego ciała obcego w oku**
- III. Badanie MR jest przeciwwskazaniem w ciąży zwłaszcza w pierwszym trymestrze (poza wskazania żywymi o których decyduje lekarz).
- IV. W przypadku posiadania metalowych wszczepów pooperacyjnych w ciele pacjenta, konieczne jest przed badaniem ustalenie rodzaju materiału lub nazwy fabrycznej wszczepu metalowego.
- V. Pracownia zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań.
Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Pracowni.

..... nazwisko i imię pacjenta waga.....
wzrost

1. Wcześniejsze badania MR
Gdzie i kiedy ? Tak Nie
2. Wcześniejsze badania CT
Gdzie i kiedy? Tak Nie
3. Wszczepiony rozrusznik serca
Tak Nie
4. Ciała metaliczne w organizmie chorego
Podać rodzaj i lokalizację, a w przypadku protez rodzaj stopu, z którego są wykonane
..... Tak Nie
5. Przebyte operacje
Jakie i kiedy ?..... Tak Nie
6. Założone w trakcie zabiegu metalowe klipy, szwy, implanty
Lokalizacja..... Tak Nie
7. Cięża
Miesiąc..... Tak Nie
8. Czy obawia się Pan (i) przebywania w ciasnych pomieszczeniach
Tak Nie
9. Uczulenia na środki kontrastowe
Jakie objawy? Tak Nie
10. Choroby współistniejące
(w szczególności choroby serca, nerek, układu limfatycznego, zakaźne)
..... Tak Nie

Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami na skierowaniu i w ankiecie. Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
.....

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

- Zgadzam się na dożylną podanie środka kontrastowego
Zostałem/em poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych
mogących wystąpić po podaniu dożylnym środka kontrastowego
- Tak Nie
Tak Nie

.....
.....

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Badanie MR Ankieta

...../...../20.....

Data badania

Nr badania

Imię i Nazwisko :

Data urodzenia :

Dzień

Miesiąc

Rok

Adres e-mail:

DRUKOWANYMI LITERAMI

Adres zamieszkania :

Kod pocztowy :

Miasto :

Nr telefonu :

Waga i wzrost pacjenta:

 kg cm

! Pacjenci poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z rodzicem lub opiekunem prawnym

1. Rodzaj badania MR

.....

2. Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabiegi operacyjne

(co badanie ma wyjaśnić?)

.....

WYPEŁNIA PRACOWNIK

Zlecenie lekarskie na podanie środka kontrastowego

Nazwa i ilość środka kontrastowego:

Gadovist (1,0 mmol/ml) **Optimark** (0,5mmol/ml) **Ilość** ml.....

Podpis i pieczęć zlecającego :

Podpis i pieczęć podającego kontrast:

Adnotacje dodatkowe :

Technik wykonujący badanie (Imię i Nazwisko/ podpis, pieczęć)