

Ankieta dla Pacjentów kierowanych na badanie
REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Rezonans magnetyczny jest nowoczesną metodą diagnostyczną, która wykorzystuje bardzo silne pole magnetyczne. Z tego powodu metalowe przedmioty posiadane przez pacjenta oraz niektóre metalowe części protez, zastawek itp. stanowią przeciwwskazania do badania. Do pomieszczenia MR nie wolno wchodzić bez porozumienia z personelem obsługującym urządzenie. W niektórych badaniach MR zachodzi konieczność podania dożylnie środka kontrastowego. Są to preparaty bezpieczne, bardzo rzadko powodujące reakcje niepożądane. Jednak środki te nie są całkowicie obojętne u chorych z niewydolnością nerek.

Ankieta wypełnia pacjent lub jego prawny opiekun. Proszę postawić symbol „X” w odpowiednim polu.

Prosimy o podanie danych:

Imię i nazwisko.....

PESEL waga/wzrost.....

Prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania (wszystkie informacje objęte są tajemnicą lekarską)

	TAK	NIE
1. Czy miał/a Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie MR?		
2. Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię lub inne stany lękowe?		
3. Czy zachodzi ryzyko, że są obecne w ciele odłamki metalowe po postrzałach, wybuchach?		
4. Czy wykonywał/a Pani/Pan pracę związaną z obróbką, skrawaniem metali?		
5. Czy ma Pani/Pan wszczepiony implant słuchowy lub wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?		
6. Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik, stymulator serca?		
7. Czy ma Pani/Pan wszczepione sztuczne zastawki serca, zastawkę komorową, rdzeniową lub neurostymulator?		
8. Czy posiada Pani/Pan		
• Metalowe protezy stawów		
• Metalowe zespolenia ortopedyczne		
• Metalowe mostki zębowe		
• Stały aparat ortodontyczny		
9. Czy miał/a Pani/Pan operację lub zabieg wewnątrznaczyniowy?		
10. Czy były zakładane metalowe szwy chirurgiczne?		
11. Czy jest Pani/Pan chory/a na: chorobę wieńcową, zaburzenia rytmu serca, niewydolność krążenia?(zaznaczyć)		
12. Czy choruje Pani/Pan na: niewydolność nerek, padaczkę?		
13. Czy jest Pani/Pan uczulona na leki lub inne substancje?		
14. Czy chorował/a Pani/Pan na kiedykolwiek na żółtaczkę zakaźną typu B lub C?		
15. Czy miał/a Pani/Pan kiedyś wykonywane badania TK w związku z aktualną chorobą?		
16. <u>W przypadku pacjentek: Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa, że może być w ciąży?</u>		
17. Czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego?		

Oświadczam, że zrozumiałam/zrozumiałem treść ankiety i udzieliłam/udzieliłem świadomych odpowiedzi zgodnych z prawdą. Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania Rezonansu Magnetycznego (MR), jednocześnie zobowiązuję się do pokrycia kosztów środka kontrastowego w przypadku konieczności podania go podczas badania, bezpośrednio po jego wykonaniu w rejestracji medycznej szpitala.

Warszawa, dnia.....

Podpis pacjenta.....

Warszawa, dnia.....

Podpis technika.....

Czy Pacjent zostawił poprzednie badania? TAK NIE

1) Proszę o opisanie dolegliwości lub rodzaju choroby, z powodu której jest wykonywane badanie z uwzględnieniem : od kiedy, dokładne miejsce dolegliwości (np. od przodu stawu kolanowego), czy ból gdzieś promieniuje (np. do którejś z kończyn), co zapoczątkowało dolegliwości (np. uraz), co zmniejszyło dolegliwości (np. przy zmianie pozycji ciała, po wypróżnieniu, po zjedzeniu posiłku), jak przebiegało dotychczasowe leczenie (np. zabiegi operacyjne, radioterapia, chemioterapia).

Czy Pacjent zostawił poprzednie badania? TAK NIE

	MR	TK	RTG	MMG	Szp.
CD/klisza					
Opis					
Inne (jakie)					