

ANKIETA MR**Uniwersytecki Szpital Kliniczny
w Poznaniu****nazwisko:****imię:****Waga:****Data urodzenia:****Wzrost:****Data badania :**/...../..... r.

Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? (mogą one ulec uszkodzeniu, przemieszczeniu lub nagrzaniu w polu magnetycznym)*

Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)	TAK-NIE
Implantowaną sztuczną zastawkę serca.....	TAK-NIE
Klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny,	TAK-NIE
Filtry, spirale wewnątrznaczyniowe	TAK-NIE
Stenty w naczyniach wieńcowych	TAK-NIE
Implant ślimakowy lub uszny	TAK-NIE
Protezę gałki ocznej (uraz, opłuki).....	TAK-NIE
Port naczyniowy, zastawkę neurochirurgiczną	TAK-NIE
Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków	TAK-NIE
Protezę zębową, mostek, metalowe zęby	TAK-NIE
Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)	TAK-NIE
Czy jest Pani w ciąży (jeśli tak proszę, podać który tydzień)	TAK-NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię	TAK-NIE
Czy cierpi Pan/Pani na: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, alergię, niewydolność nerek, chorobę nowotworową (podkreślić właściwe)	TAK-NIE
Czy jest Pan/Pani uczulona na jakiekolwiek środki farmaceutyczne (jakie?)	TAK-NIE
Czy miał/a Pan/Pani wykonane operacje (jakie i kiedy?)	TAK-NIE

ZGODA NA BADANIE MR

**Ja niżej podpisany/na wyrażam zgodę na badanie metodą
REZONANSU MAGNETYCZNEGO.**

**Jednocześnie potwierdzam że zawarte powyżej odpowiedzi są zgodne z moją wiedzą o stanie
mojego zdrowia.**

**Poinformowany/a o ryzyku ewentualnych powikłań wyrażam zgodę na dożylne podanie
środka kontrastowego w trakcie badania.**

Zgodę podpisałem w obecności personelu pracującego w pracowni.

DATA:

.....

CZYTELNY PODPIS:

.....