

ANKIETA MR

Uniwersytecki
Szpital Kliniczny
w Poznaniu

nazwisko:

imię:

Waga:

Data urodzenia:/...../.....r.

Wzrost:

Data badania :/...../.....r.

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

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź (zgodnie z podanym przykładem).

☒ TAK ☐ NIE

Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)	TAK-NIE
Implantowaną sztuczną zastawkę serca.....	TAK-NIE
Klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny	TAK-NIE
Filtry, spirale wewnątrznaczyniowe, stentgraft	TAK-NIE
Stenty w naczyniach krwionośnych	TAK-NIE
Implant ślimakowy lub aparat słuchowy	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
Sensor do pomiaru cukru	TAK-NIE
Protezę zębową, mostek, metalowe zęby	TAK-NIE
Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)	TAK-NIE
Inne wszczepione metale, opłuki (jakie?)	TAK-NIE
Czy jest Pani w ciąży (jeśli tak proszę, podać który tydzień)	TAK-NIE
Czy karmi Pani piersią	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 dożylną podanie środka kontrastowego w trakcie badania.

Zgodę podpisałem w obecności personelu pracującego w pracowni.

DATA:

CZYTELNY PODPIS:

.....

.....