

ANKIETA/ZGODA NA BADANIE – REZONANS MAGNETYCZNY

Data badania:

Nazwisko: Imię:

PESEL: Waga: Wzrost:

Ze względu na przebywanie w polu elektromagnetycznym oraz możliwe podanie leków konieczne jest świadome i osobiste wypełnienie poniższej ankiety:

Proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź - X	TAK	NIE
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?		
Czy jest Pani w ciąży (jeśli tak, proszę podać tydzień)?		
Czy jest Pani/Pan uczulony na jakiegokolwiek środki farmaceutyczne (proszę wymienić)?		
Czy wystąpiły u Pani/Pana reakcje alergiczne na środki kontrastowe we wcześniejszych badaniach?		
Czy miała Pani/Pan wykonane operacje (proszę wymienić)?		

Czy Pani/Pan posiada:

Proszę zaznaczyć krzyżykiem prawidłową odpowiedź - X	TAK	NIE
Sensor pomiaru poziomu glukozy		
Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)?		
Sztuczną zastawkę serca?		
Neurostymulator?		
Klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny?		
Filtry, spirale wewnątrz naczyniowe?		
Stenty w naczyniach wieńcowych?		
Implant ślimakowy lub uszny?		
Protezę gałki ocznej, opłuki w gałce ocznej?		
Port naczyniowy, zastawkę neurochirurgiczną?		
Pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków?		
Protezę zębową, mostek, metalowe zęby, implanty zębowe?		
Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)?		
Inne wszczepione implanty (proszę wymienić)?		
Czy cierpi Pani/Pan na: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, alergię, niewydolność nerek, hemofilię, jaskrę, miastenię, chorobę nowotworową? (proszę podkreślić właściwe)		

ZGODA NA BADANIE MR

Ja niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na badanie **metodą rezonansu magnetycznego**.

Jednocześnie potwierdzam, że informacje zawarte w ankiecie są zgodne z moją wiedzą o stanie mojego zdrowia oraz że zapoznałam/em się z materiałem informacyjnym dotyczącym badania.

Poinformowana/ny o ryzyku ewentualnych powikłań wyrażam zgodę na dożylne podanie środka kontrastowego oraz innych leków w trakcie badania.

Zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi badania umieszczonymi w ulotce informacyjnej. Zgodę podpisałam/em w obecności personelu pracującego w Pracowni.

.....
(Data)

.....
(czytelny podpis pacjenta lub opiekuna prawnego)