

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	F-SZ.ZG 3-178	Wydanie 1/2025-08-21
Ankieta / Zgoda na badanie – rezonans magnetyczny serca		

Nazwisko:

Waga:

Imię:

Wzrost:

PESEL:.....

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

Rezonans magnetyczny to badanie wykorzystujące nieszkodliwe dla organizmu ludzkiego pole **magnetyczne** i fale radiowe do uzyskania obrazów ciała ludzkiego.

Badanie jest nieinwazyjne. W badaniach serca wymagane jest podanie kontrastu przez wenflon wprowadzony do żyły obwodowej. Czasem konieczne jest podanie leku w celu wykonania obciążenia farmakologicznego.

Konieczne jest dostarczenie dokumentacji medycznej dotyczącej przebytych chorób.

	TAK	NIE
Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź zgodnie z podanym przykładem.	X	
Czy było wcześniej wykonywane badanie rezonansem magnetycznym?		
Czy były jakiegolwiek problemy w trakcie poprzedniego badania? Jeśli tak, jakie?		
Czy ma Pan/Pani klaustrofobię?		
Czy ma Pan/Pani założone wymienione poniżej przedmioty?		
Stymulator lub kardiowerter lub wszczepialny rejestrator arytmii (ILR)		
Sztuczną zastawkę serca		
Stenty w naczyniach wieńcowych		
Klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny		
Filtry, spirale wewnątrznacyniowe, stentgraft		
Implant ślimakowy lub aparat słuchowy		
Protezę gałki ocznej, opłuki itp. w jej obrębie		
Port naczyniowy, zastawkę neurochirurgiczną		
Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
Sensor do pomiaru cukru		
Protezę zębową, mostek, metalowe zęby		
Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)		
Inne wszczepione metale, opłuki (jakie?) Inne wszczepione urządzenie?		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy karmi Pani piersią?		
Czy była wcześniej wykonywana jakakolwiek operacja? Jeśli tak, jaka i kiedy?		
Czy jest Pan/Pani uczulona na środki farmaceutyczne/leki? Jeżeli tak, jakie?		
Czy ma Pan/Pani alergię?		
Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek?		
Czy choruje Pan/Pani na padaczkę?		
Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?		
Czy ma Pan/Pani podwyższony cholesterol lub choruje Pan/Pani na hipercholesterolemię?		
Czy choruje Pan/Pani na astmę oskrzelową lub przewlekłą chorobę płuc?		
Czy przebył/a Pan/Pani zawał serca?		

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	F-SZ.ZG 3-178	Wydanie 1/2025-08-21
Ankieta / Zgoda na badanie – rezonans magnetyczny serca		

Czy przebył/a Pan/Pani udar mózgu?		
Czy choruje Pan/Pani na miażdżycę?		
Czy ma Pan/Pani niewydolność krążenia?		
Czy ma Pan/Pani arytmie/zaburzenia rytmu serca?		
Czy choruje Pan/Pani na nadciśnienie tętnicze?		
Czy stwierdzono u Pana/Pani dusznicę bolesną lub dławicę piersiową?		
Czy ma Pan/Pani zdiagnozowaną wadę serca?		
Czy ma Pan/Pani kardiomiopatię?		
Czy przebył/a Pan/Pani zapalenie mięśnia sercowego?		
Czy występują u Pana/Pani bóle w klatce piersiowej? Jeśli tak, to jakiego charakteru?		
Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe? Jeżeli tak, to proszę wymienić jakie i w jakiej dawce:		
Czy palił/a lub pali Pan/Pani papierosy? Jeśli tak, to ile lat i ile dziennie?		
Jeżeli rzucił/a Pan/Pani palenie, to kiedy?		
Czy uprawia Pan/Pani regularnie aktywność fizyczną trwającą powyżej 30 minut? Jeżeli tak, to ile razy w tygodniu		
Czy ktoś w Pańskiej/Pani rodzinie (dziadkowie, rodzice, rodzeństwo) chorował lub choruje na choroby układu krążenia? Jeżeli tak to jakie:		
Miażdżyca		
Cukrzyca		
Zawał serca		
Udar mózgu		
Zaburzenia rytmu serca/arytmia		
Nadciśnienie tętnicze		

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.

Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie danych zawartych w ankiecie do celów statystycznych.

Zostałem poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań w trakcie badania z podaniem adenozyiny/regadenozonu. Wyrażam zgodę na badanie z obciążeniem farmakologicznym w/w.

Zgodę podpisałem w obecności personelu pracującego w pracowni.

.....
data

.....
czytelny podpis