

Jednostka kierująca (nazwa, adres)

ANKIETA

do badania rezonansem magnetycznym

ID badania

Data badania

D D

M M

R R R R

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

Nr telefonu pacjenta

ID pacjenta

Data urodzenia pacjenta

D D

M M

R R R R

Adres pacjenta (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)

Adres e-mail pacjenta

Rodzaj badania

Waga pacjenta

Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabiegi operacyjne (co ma badanie wyjaśnić)

Wzrost pacjenta

Kod ICD-10

Wypełnia pracownik Aura Medic Sp. z o.o.

Zlecenie lekarskie na podanie środka kontrastowego

Podany kontrast (producent, nazwa)

Ilość kontrastu

Podpis i pieczęćka zlecającego

Podpis osoby podającej kontrast

Uwagi dodatkowe (producent, nazwa)

Osoba obsługująca pacjenta

Technik badający pacjenta

BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

- Podczas badania występuje silne pole magnetyczne - wszystkie przedmioty metalowe znajdujące się w pobliżu aparatu mogą zaburzyć wyniki badania. Mogą one także doprowadzić do poważnej awarii sprzętu.
- Posiadanie metalowych przedmiotów przez pacjenta podczas badania może doprowadzić do utraty zdrowia.
- Niektóre przedmioty np.: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe mogą pod wpływem silnego pola magnetycznego ulec uszkodzeniu.
- Badaniu towarzyszy hałas i dlatego zalecane są stopery wygłuszające albo skorzystanie ze słuchawek znajdujących się na terenie pracowni.
- Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni w czasie od kilkunastu do kilkudziesięciu minut.
- Przy badaniu głowy należy usunąć makijaż, gdyż może on pogorszyć jakość obrazowania.
- Przed badaniem rezonansem magnetycznym prosimy o zdjęcie ubioru zawierającego metalowe dodatki (suwaki, zatrzaski, itp.) oraz nie zakładanie biżuterii.
- Aura Medic nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenie przedmiotów zabranych przez pacjenta do pomieszczenia z rezonansem.

WYWIAD PRZED BADANIEM

PROSIMY ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA TAK/NIE STAWIAJĄC ZNAK „X”

1. Czy Pan/Pani posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. wew. aparat słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki)?

TAK	NIE
☐	☐

2. Czy Pan/Pani posiada wszczepy takie jak klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostimulatory, biostimulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

3. Czy Pan/Pani miał wykonywane jakiekolwiek operacje?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Jeśli tak to jakie? _____

4. Czy Pan/Pani ma protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku)?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

5. ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

☐	☐
--------------------------	--------------------------

6. Czy w przypadku konieczności wyrażam zgodę na podanie przy badaniu środka kontrastowego dożylnie?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

7. Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Jeśli tak to jakich? _____

8. Czy choruje Pani/Pan na: chorobę nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenie rytmu serca, padaczkę, cukrzycę?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Jeśli tak, to jaką chorobę? _____

9. Czy kiedykolwiek wcześniej miała Pani/Pan wykonywane badanie rezonansem magnetycznym z użyciem środka kontrastowego?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

10. Czy po podaniu środka kontrastowego podczas badania wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

11. Czy jest Pani w ciąży?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

- Ja niżej podpisana/y oświadczam, że powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe, a udzielone odpowiedzi w ankiecie są zgodne ze stanem faktycznym.
- Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.
- Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem badania rezonansem magnetycznym.
- Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie badania.