



ANKIETA DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

Szanowni Państwo,

prosimy o czytelne wypełnienie literami drukowanymi poniższej ankiety i o zaznaczenie kółkiem właściwych odpowiedzi według poniższego przykładu.

PRZYKŁAD:

TAK	NIE
-----	-----

Zostali Państwo skierowani przez lekarza specjalistę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym. Badanie to umożliwi ocenę budowy i funkcji narządów. W trosce o bezpieczny dla Państwa przebieg badania prosimy o zapoznanie się z informacją o przebiegu badania, a także o rzetelne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Informacje podane przez Panią/Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

i Informujemy, że wynik badania wydajemy pacjentowi lub osobie pisemnie upoważnionej, na płycie CD wraz z opisem badania w formie pisemnej.

NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:

DATA URODZENIA:

--	--

WZROST:

WAGA:

PESEL:

(cm)	(kg)	
------	------	--

CZY POSIADA PAN/PANI SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO?

Tak, na badanie NFZ	Tak, na badanie płatne	Nie mam skierowania
---------------------	------------------------	---------------------

UWAGA! Na skierowaniu mogą znajdować się bardzo istotne wskazania lekarza dotyczące sposobu wykonania badania.

CZY PRZEBYWA PAN/PANI W OBECNYM CZASIE W SZPITALU?

TAK	NIE
-----	-----

CZY KIEDYKOLWIEK ZOSTAŁY WYKONANE U PANA/PANI JAKIEŚ ZABIEGI OPERACYJNE?

TAK	NIE
-----	-----

(jeśli TAK, prosimy o podanie daty i rodzaju operacji)

Data:

Data:

CZY KIEDYKOLWIEK PAN/PANI WYKONAŁ/A BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM?

TAK	NIE
-----	-----

ZGODA NA PODANIE KONTRASTU:

Wyrażam zgodę na założenie wkłucia obwodowego i podanie paramagnetycznego środka kontrastowego do badań z zastosowaniem rezonansu magnetycznego.	TAK	NIE
--	-----	-----

CZY WYSTĘPOWAŁY U PANI/PANA KIEDYKOLWIEK:

Ciężkie zaburzenia czynności nerek?	TAK	NIE
Zaburzenia rytmu serca?	TAK	NIE
Zatorowość płucna?	TAK	NIE
Alergie pokarmowe, wziewne, lekowe?	TAK	NIE
Astma oskrzelowa?	TAK	NIE
Czy wystąpiła kiedykolwiek reakcja alergiczna na kontrast stosowany w badaniach obrazowych lub na inne substancje?	TAK	NIE

CZY POSIADA PAN/PANI:

Stenty wieńcowe <i>(jeśli TAK, proszę podać datę zabiegu oraz przedstawić dokumentację medyczną)</i>	TAK	NIE
Rozrusznik serca, defibrylator - kardiowerter	TAK	NIE
Sztuczną zastawkę serca, protezę aortalną	TAK	NIE
Klipsy po operacji tętniaka mózgu	TAK	NIE
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym	TAK	NIE
Elektroniczne implanty (tj. neurostymulator lub stymulator wzrostu kości)	TAK	NIE
Elementy stabilizujące kości, stawy lub sztuczna kończyna	TAK	NIE
Metalowe ciała obce, opiłki metalu w gałce ocznej (np. opiłki żelaza lub proteza oczna)	TAK	NIE
Aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym	TAK	NIE
Aparaty ortodontyczne, mostki zębowe, protezy zębowe	TAK	NIE
Metalowe gwoździe ortopedyczne, metalowe protezy stawów	TAK	NIE
Metalowe odłamki w ciele lub skórze	TAK	NIE
Tatuaż lub permanentny makijaż	TAK	NIE
Pompa insulinowa	TAK	NIE

PYTANIA DODATKOWE DLA KOBIET:

Czy jest Pani w ciąży, podejrzewa ciążę lub aktualnie karmi piersią? <i>(jeśli TAK, należy zgłosić to personelowi)</i>	TAK	NIE
---	-----	-----

Podpisując ankietę potwierdzam zrozumienie jej treści oraz autentyczność podanych w niej danych oraz wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania.

Zgadzam się również na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych oraz potwierdzam, że zostałem poinformowany o klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych MR DIAGNOSTIC dotyczącej przepisów RODO.

MIJSCOWOŚĆ:**DNIA:****CZYTELNY PODPIS PACJENTA:**

--	--	--

(w przypadku osób nieletnich lub niepełnosprawnych zgodę na badanie wyraża rodzic lub opiekun)

**WERYFIKACJA DANYCH PACJENTA
PRZEZ PIELĘGNIARKE****WERYFIKACJA DANYCH PACJENTA
PRZEZ TECHNIKA****POTWIERDZENIE ODBIORU
BADANIA PRZEZ PACJENTA**

--	--	--

(data i podpis)

(data i podpis)

(data i podpis)

i Przez wgląd na rzetelność oceny i opisu wyników badania, czas przygotowania opisu przez lekarza radiologa może ulec wydłużeniu. Reklamacje z tego tytułu nie będą uznawane.