

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM

(prosimy o wypełnienie **drukowanymi literami** oraz postawienie **✗** przy właściwej odpowiedzi i złożenie podpisów )

PESEL

Data urodzenia:

Nazwisko:

Kod, Miasto:

Imię:

Ulica:

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym silnym polu magnetycznym. Podczas obrazowania aparat wydaje głośne dźwięki, a pacjent nie powinien się poruszać, gdyż każdy ruch ma wpływ na jakość obrazu. Czas badania wynosi zwykle 30-60 minut. Do pomieszczenia z aparatem MR **nie wolno wnosić** kluczy, zegarków, kart bankomatowych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów, biżuterii i innych metalowych przedmiotów. Przedmioty metalowe, także znajdujące się w ciele, mogą przestać prawidłowo funkcjonować, ulec zniszczeniu lub nagrzanu, spowodować artefakty na obrazach MR.

Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów i aparatu MR, narażając na niebezpieczeństwo obsługę lub pacjenta.

Badany narząd/okolica i dolegliwości z nią związane:

Prosimy o postawienie ✗ przy właściwej odpowiedzi:	W przypadku badania z podaniem środka kontrastowego:
Czy w przeszłości wykonano u Pani/Pana badanie rezonansem magnetycznym? ☐ tak ☐ nie	Jestem na czczo co najmniej 4-6 godzin ☐ tak ☐ nie
Posiadam rozrusznik serca / kardiostymulator /kardiowerter. ☐ tak ☐ nie	Czy w przeszłości był Pani/Panu podawany środek kontrastowy? ☐ tak ☐ nie
Posiadam którykolwiek z wymienionych elementów metalowych (właściwe podkreślić): stent / filtr / sztuczna zastawka rdzeniowa / proteza / sztuczna zastawka serca / zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa / śrut / pociski / szyny / klipsy lub szwy metalowe / śruby / pompa insulinowa / inna pompa do leków / endoproteza kiedy założone? w której okolicy anatomicznej? ☐ tak ☐ nie	kiedy?
Jeśli tak, to czy wystąpiła reakcja alergiczna? ☐ tak ☐ nie	jaka i podczas jakiego badania?
Miałam/em wykonaną operację / zabieg. ☐ tak ☐ nie jaki? w której okolicy? kiedy?	Jestem uczulony (np. na środki kontrastowe, leki). ☐ tak ☐ nie jakie?
Posiadam neurostymulator / wewnątrzczaszkowy klips naczyniowy / implant słuchowy / wszczep ślimaka. ☐ tak ☐ nie	Choruję na astmę / cukrzycę / zaburzenia rytmu / choroby serca ☐ tak ☐ nie
Posiadam protezę oczną, ciała obce w gałce ocznej (np. opiłki metalowe). ☐ tak ☐ nie	stosowane leki? ☐ interleukina 2 ☐ β-blokery ☐ inne
Mam lęk przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach (stwierdzona klaustrofobia) ☐ tak ☐ nie	
Posiadam aparat ortodontyczny ☐ tak ☐ nie	Choruję na upośledzoną czynność lub niewydolność nerek. ☐ tak ☐ nie
Posiadam tatuaż lub makijaż permanentny ☐ tak ☐ nie	
Posiadam w ciele inne przedmioty lub urządzenia. ☐ tak ☐ nie jakie?	Jestem dializowana/y. ☐ tak ☐ nie

WZROST

MASA
CIAŁA

Dodatkowe pytania **dla kobiet** (nie zaleca się wykonywania badań MR w 1 trymestrze ciąży):

Czy jest lub podejrzewa Pani, że może być w ciąży?

☐ tak

☐ nie

Czy karmi Pani piersią?

☐ tak

☐ nie

Czy ma Pani domaciczną wkładkę antykoncepcyjną?

☐ tak

☐ nie

Inne informacje mogące mieć znaczenie podczas badania rezonansem magnetycznym?

Po podaniu kontrastu rzadko, ale mogą wystąpić niepożądane reakcje takie jak:

zaczzerwienienie w miejscu podania lub krwiak, uczucie duszności, zawroty głowy, zaburzenia smaku, świąd, uderzenia gorąca, pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, bóle głowy, nudności, wymioty, biegunka, nagła zmiana ciśnienia tętniczego, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli, zatrzymanie oddechu, wstrząs, zatrzymanie czynności serca.

W pierwszej dobie po podaniu środka kontrastowego zaleca się wypicie około 2 litrów wody, a w przypadku wystąpienia niepokojących objawów zaleca się niezwłoczne zgłoszenie do lekarza.

Zapoznałam/em się z możliwymi działaniami niepożądanymi i **zgadzam się** na podanie środka kontrastowego MR.

Bielsko-Biała,
miejscowość i data


podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

Czy wyraża Pani **zgode** na **przekazywanie informacji** poprzez SMS lub e-mail?

☐ tak

☐ nie

Nr **telefonu** komórkowego: Adres **e-mail**:

Oświadczam, że w **DNIU BADANIA**:

☐ jestem

☐ NIE JESTEM

hospitalizowana/y

☐ miałam /em

☐ NIE MIAŁAM /em

badania MR wykonanego DZIŚ w innej placówce

W przypadku, gdy lekarz podczas opisu stwierdzi taką konieczność, **wyrażam zgodę na ponowne stawienie się** na badanie.

Oświadczam, że cała powyższa treść jest dla mnie zrozumiała, a udzielone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz, że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi. Dobrowolnie i świadomie **wyrażam zgodę na przeprowadzenia badania rezonansem magnetycznym**.

Bielsko-Biała,
miejscowość i data


podpis pacjenta lub prawnego opiekuna