



KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

1. Informacje o Pacjencie

<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Imię										Nazwisko									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr PESEL										<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
										Data urodzenia									
<input type="text"/>																			
Nr telefonu																			

2. Kwestionariusz przed badaniem rezonansu magnetycznego

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne

Waga:

Czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy występują u Pani/Pana zaburzenia rytmu, niewydolność krążenia? TAK NIE

Czy występowała u Pani/Pana nagła utrata świadomości? TAK NIE

Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobie lub inne stany lękowe? TAK NIE

Czy choruje Pani/Pan na niewydolność nerek? TAK NIE

Czy choruje Pani/Pan na padaczkę? TAK NIE

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:

Rozrusznik serca, neurostymulatory? TAK NIE

Metalowe opiłki w ciele lub skórze? TAK NIE

Implant słuchowy? TAK NIE

Sztuczne zastawki serca? TAK NIE

Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyń? TAK NIE

Zastawki komorowe lub rdzeniowe? TAK NIE

Metalowe protezy stawów? TAK NIE

Metalowe mostki zębowe? TAK NIE

Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)? TAK NIE

Metalowe szwy chirurgiczne? TAK NIE

Inne wszczępione metale? TAK NIE

Proszę wymienić jakie:.....

Czy występują u Pani/Pana reakcje alergiczne (uczulenie na środki kontrastowe, leki i inne)? TAK NIE

3. Zasady wykonywania badania rezonansu magnetycznego

- Wykonanie badań MR w pierwszym trymestrze ciąży należy ograniczyć do ważnych wskazań medycznych.
- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez Pacjenta:
 - i. stymulatora serca oraz wszystkich innych biostymulatorów;
 - ii. wewnętrznych protez słuchowych;
 - iii. klipsów naczyniowych (np. po operacjach tętniaka);
 - iv. metalicznego ciała obcego w oku.
- Czas badania MR wynosi 30 - 60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu.
- Przed badaniem należy pozostawić telefony komórkowe oraz karty magnetyczne. Ich posiadanie przy sobie w trakcie badania grozi uszkodzeniem.
- Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnego środka kontrastowego, który może wywołać reakcje alergiczne (bardzo rzadko).

4. Oświadczenia Pacjenta / Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

Wyrażam zgodę na badanie Rezonansu Magnetycznego i dożylnie podanie środka kontrastowego. Treść kwestionariusza jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Data

Podpis Pacjenta

Podpis Przedstawiciela Ustawowego

(*) W przypadku pacjentów między 16 a 18 rokiem życia wymagana jest zgoda zarówno małoletniego pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego, należycie umocowanego do jego reprezentowania.