

| | | |
|--------------------------|--------|------|
| Nazwisko i imię pacjenta | | |
| Pesel | Wzrost | Waga |

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Czy występowało u Pani/Pana:

- | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 | nieregularne bicie serca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 4 | czy jest Pani w ciąży? | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2 | nagła utrata przytomności | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | | | | |
| 3 | stany lękowe (np klaustrofobia) | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | | | | |

Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania prosimy o określenie, jeżeli jakkolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana.

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:

- | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 | rozrusznik serca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 7 | metalowe opłtki w ciele lub skórze | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 2 | sztuczne zastawki serca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 8 | metalowe protezy stawów | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 3 | wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 9 | metalowe mostki zębowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 4 | zastawki komorowe lub rdzeniowe | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 10 | metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 5 | neurostymulatory | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 11 | metalowe szwy chirurgiczne | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| 6 | implant słuchowy | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie | 12 | inne wszczepione metale | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

- Wyrażam zgodę na wykonywanie u mnie/u mojego dziecka badań rezonansem magnetycznym.
- Wyrażam zgodę na podanie u mnie/u mojego dziecka środka kontrastującego.
- Nie wyrażam zgody na podanie środka kontrastującego. Zostałem poinformowany o możliwych medycznych skutkach swojej decyzji.

| | | |
|-------------|--|-----------------------|
| Miejscowość | Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego | Data i podpis lekarza |
|-------------|--|-----------------------|

* Jeśli pacjent nie ukończył 16 lat rodzic/opiekun prawny podpisuje zgodę w imieniu dziecka.

Uwagi

- Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.
- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta:
 - stymulatora serca oraz wszystkich innych biostymulatorów
 - klipsów naczyniowych (np. po operacjach tętniaka)
 - wewnętrznych protez słuchowych
 - metalicznego ciała obcego w oku
- W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym pracowni MR
wymienić:
- Czas badania MR wynosi 30-60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu w pozycji na plecach.
UWAGA, jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie, to konieczne jest wcześniejsze ustalenie z pracownią MR terminu oraz zasad badania w obecności anestezjologa.
- Przed badaniem należy pozostawić telefony komórkowe oraz karty magnetyczne. Posiadanie ich przy sobie w czasie badania grozi uszkodzeniem.

Podpis pacjenta lub jego prawnego opiekuna
potwierdzający zapoznanie się z ww. uwagami