MEDICAL MEDYCYNA
Medical

ZGODA PACJENTA NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

PESEL | | | | | | | | | | | Wzrost _____ cm Waga _____ kg

Imię _____ Nazwisko _____

TELEFON _____ EMAIL _____

ANKIETA MEDYCZNA

Odpowiednie pole zanaczyć "X"

! *W trosce o Państwa bezpieczeństwo przed badaniem MR należy wypełnić poniższy formularz. Informacje zostaną objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów pozamedycznych.*

	TAK	NIE
Czy występowało/y u Pani/Pana:		
Stany lękowe		
Nagłe utraty przytomności		
Nieregularne bicie serca		
Czy jest/lub podejrzewa Pani, że może być w ciąży?		
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?		
Czy miała/miał Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie/a MR?		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		
Czy były wykonywane wcześniej badania z paramagnetycznym środkiem kontrastowym?		
Czy po poprzednich badaniach pojawiły się reakcje alergiczne - np. pokrzywka, wymioty?		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		
Czy występowały u Pani/Pana kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy?		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		
Czy kiedykolwiek miała/miał Pani/Pan wykonywane jakiekolwiek operacje?		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		
Czy występują u Pani/Pana:		
Choroby nerek - np. niewydolność		
Nadciśnienie tętnicze		
Choroby układu nerwowego - padaczka, inne		
Cukrzyca		
Przebyte choroby zakaźne		
Jeżeli tak, proszę podać jakie choroby zakaźne		

! **W związku z faktem, iż metalowe przedmioty występujące w polu magnetycznym aparatu do badania, utrudniają interpretację wyników oraz w niektórych, szczególnych przypadkach stanowią przeciwskazanie medyczne do wykonania badania, należy zaznaczyć czy któraś z poniżej wymienionych opcji odnosi się do Pani/Pana.**

Rozrusznik serca		
Sztuczne zastawki serca		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe		
Neurostymulatory		
Implant słuchowy		
Wszczepione pompy lekowe (np. insulinowe)		
Metalowe opiłki - zwłaszcza w gałce ocznej		
Metalowe mostki zębowe		
Metalowe protezy stawów		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne - spirale		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Inne metalowe elementy - wszczepione wewnątrz organizmu		
Jeżeli tak, proszę podać jakie		

UWAGI I ZALECENIA

Zapoznać się uważnie!

1. W przypadku posiadania w organiźmie elementów metalowych lub innych wykonanych z nieznanego materiału, koniecznie należy poinformować o tym personel pracowni MR.
2. Bezwzględnymi przeciwskazaniami do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta:
- *Stymulatora serca oraz wszystkich innych rodzaji stymulatorów;*
- *Klipsów naczyniowych nieznanego rodzaju (pooperacyjnych);*
- *Wewnętrznych protez słuchowych nieznanego typu;*
- *Metalicznego ciała obcego w obrębie oczodołu;*

3. Wykonanie badania MR w ciąży (szczególnie pierwszy trymestr) ogranicza się wyłącznie do wskazań życiowych.
4. Czas trwania badania MR wynosi od 15 do 60 minut, wówczas bezwzględnie wymagane jest leżenie bez ruchu w pozycji leżącej na plecach lub brzuchu. W związku z tym, jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny ból uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego planowanym czasem zakończenia.

OŚWIADCZENIA

Odpowiednie pole zanaczyć "X"

	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na dożylne podanie paramagnetycznego środka kontrastowego.		
Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz formie wyników badania.		
Miałam/Miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz uzyskałem zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi.		
Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na którą miałam/miałem wystarczającą ilość czasu.		
Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz nie zataiłam/zataiłem żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, przyjmowanych leków będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.		
Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego.		
Wyrażam zgodę na wydanie wyniku badania innej osobie.		

WYWIAD I WYNIKI BADAŃ

TK, MR, RTG, ECHO, scyntygrafii, endoskopowych, hist-pat, laboratoryjnych, przebyte choroby, główne dolegliwości, zabiegi operacyjne.

.....

.....

.....

(podpis i pieczęć lekarza kierującego)

PRZED BADANIEM SPRAWDZONO TOŻSAMOŚĆ I UBEZPIECZENIE PACJENTA

..... (podpis rejestracji)

..... (podpis technika)

Cena badania [ ] zł

Cena kontrastu [ ] zł

..... data, miejscowość

..... czytelny podpis pacjenta

MEDICAL MEDYCYNA SP. zo.o. zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Pracowni.