

Pytania kwalifikujące do badania Rezonansu Magnetycznego

Czy ma Pan/i : (proszę zaznaczyć)

Rozrusznik serca	TAK	NIE
Stymulator serca	TAK	NIE
Kardiowerter-defibrylator	TAK	NIE

Czy ma Pan/i metalowe wszczepy : (proszę zaznaczyć)

Śruby	TAK	NIE
Płytki	TAK	NIE
Gwoździe	TAK	NIE
Neurostymulator	TAK	NIE
Wszczep ślimaka	TAK	NIE
Odłamki metalowe	TAK	NIE

Protezy z elementami metalowymi	TAK	NIE
Metaliczne ciała obce w gałce ocznej	TAK	NIE
Spiralę embolizującą	TAK	NIE
Klamry stymulujące	TAK	NIE
Filtr żyły głównej	TAK	NIE
Szwy metalowe	TAK	NIE

Czy choruje Pan/i na : (proszę zaznaczyć)

Astmę	TAK	NIE
Alergię	TAK	NIE
Niewydolność nerek	TAK	NIE
Hemosyderozę	TAK	NIE
Hemochromatozę	TAK	NIE

Czy używa Pan/i pompy insulinowej lub innego urządzenia podającego leki ?	TAK	NIE
Czy jest Pan/i na czczo?	TAK	NIE
Czy miał Pan/i wykonywane zabiegi operacyjne?	TAK	NIE
Jeżeli tak, to jakie?		
Czy kiedykolwiek miał/-a Pan/i podawane środki kontrastowe?	TAK	NIE
Jeśli tak, to czy wystąpiły reakcje uboczne?	TAK	NIE
Jeżeli tak, to jakie?		
Czy jest Pan/i uczulony/a na leki lub inne substancje?	TAK	NIE
Jeżeli tak, to na jakie?		
Czy cierpi Pan/i na klaustrofobię?	TAK	NIE
Dotyczy kobiet: czy jest Pani w ciąży ?	TAK	NIE
Czy zostawia Pan/i wyniki badań, wypisy ze szpitala (informacje w nich zawarte mogą być konieczne dla prawidłowego opisu badania) ?	TAK	NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że:

Nie jestem w ciąży i nie karmię piersią

Nie posiadam żadnych elementów metalowych

Wyrażam świadomą zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego.

Wyrażam świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego

Jednocześnie oświadczam, że miałem nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, na które otrzymałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach (w tym tych odległych) i zagrożeniach. Przedstawiono mi również alternatywne sposoby diagnostyki.

Potwierdzam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą decyzję.

data i miejsce

czytelnie imię i nazwisko

Wypełnia lekarz

Zalecenia lekarza

- Środek kontrastowy podany dożylnie ilość.....
- Środek kontrastowy podany doustnie ilość.....
- Środek kontrastowy podany doodbytniczo ilość.....
- Tampon dopochwowy
- Inne leki i zalecenia.....

data

Podpis i pieczętka lekarza

Podpis i pieczętka pielęgniarki

Podpis i pieczętka technika RTG