

**ANKIETA MEDYCZNA PRZED BADANIEM METODĄ
REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Nazwisko i imię:		Pesel:	
Telefon kontaktowy:		Adres:	
Waga:	Wzrost:	Województwo:	Rodzaj badania

I. Ważne informacje dla Pacjenta przed badaniem MR

1. Badanie metodą rezonansu magnetycznego jest bezbolesne i nieszkodliwe dla zdrowia o ile zastosują się Państwo do poniższych wskazówek i informacji oraz poleceń personelu Pracowni MR.
2. 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.
3. W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym Pracowni MR.
4. Wykonanie badań MR w ciąży – (zwłaszcza w pierwszym trymestrze) należy ograniczyć tylko do wskazań życiowych pacjentki.
5. Czas badania MR wynosi od 30-60 minut i wymagane jest bezwzględne leżenie bez ruchu w pozycji na plecach. Badaniu MR towarzyszy okresowy hałas zależny od fazy badania.
6. Do pomieszczenia badań MR **nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów** - (telefonów, zegarków, kluczy, kart magnetycznych, spinek, kolczyków, klipsów itp.). Nie zastosowanie się do tego zakazu może spowodować uszkodzenie skanera, zniszczenie wniesionych przedmiotów i narazić na niebezpieczeństwo osoby znajdujące się w pobliżu skanera.
7. W niektórych przypadkach konieczne jest dożylne podanie środka kontrastowego, który może wywołać reakcje alergiczne – (bardzo rzadko; 1 na 10.000 pacjentów).

II. Kwestionariusz przed badaniem MR

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Informacje w niej zawarte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne

PROSZĘ ZAZNACZYĆ PRAWDIŁOWĄ ODPOWIEŹ SYMBOLEM - X	TAK	NIE
Nieregularne bicie serca		
Nagła utrata przytomności		
Stany lękowe		
Czy jest Pani w ciąży		
CZY CHORUJE PAN/PANI NA:		
Niewydolność nerek		
Cukrzyca		
Nadciśnienie tętnicze krwi		
Choroby układu nerwowego – np. padaczka		

PROSZĘ ZAZNACZYĆ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ SYMBOLEM - X	TAK	NIE
CZY POSIADA PAN/PANI W SWOIM CIELE		
Rozruszniki serca		
Sztuczne metalowe zastawki serca		
Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe		
Zastawki komorowe lub naczyniowe		
Neurostymulatory		
Implanty słuchowe		
Metalowe opiłki w ciele, skórze lub w oku		
Metalowe protezy stawów		
Metalowe wszczepy ortopedyczne – śruby, płytki, gwoździe, inne		
Metalowe mostki zębowe		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne - spirale		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Inne wszczone metale		

Jeżeli tak to proszę wymienić:

Przedmioty metalowe znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania.

III. Do pełnej wartości wykonania badania MR czasami jest wymagane podanie dożylnie środka kontrastowego – (po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje alergiczne). Pełne informacje na temat środka kontrastowego są zawarte w ulotce firmowej preparatu – dostępne u pielęgniarki). Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15-30 min.

1. Czy miała Pan/Pani kiedykolwiek podawany paramagnetyczny środek kontrastowy?

TAK	NIE

2. Czy podczas lub po wykonaniu badania MR z dożylnym podaniem środka kontrastowego wystąpiły objawy uboczne?

TAK	NIE

Jeżeli wystąpiły to proszę określić jakie:.....

3. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na dożylnie podanie paramagnetycznego środka kontrastowego?

TAK	NIE

4. Czy w dniu badania posiada Pan/Pani dokumentację medyczną – (karty informacyjne, wyniki histopatologiczne, wyniki badań dodatkowych, dokumentację obrazkową badań TK lub MR, związaną z badaniem?

TAK	NIE

IV. Oświadczenie Pacjenta/Przedstawiciela Ustawowego Pacjenta

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ankiety, której zawartość jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne z prawdą.
- Wyrażam zgodę na badanie metodą Rezonansu Magnetycznego i ewentualne, dożylne podanie środka kontrastowego w razie zlecenia przez lekarza.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

Pracownia Rezonansu Magnetycznego ZZOZ w Ostrowie Wlkp., ul. Limanowskiego 20-22,

Telefon do rejestracji MR: 721-000-300

V. ZALECENIA PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO:

Poziom kreatyniny..... Data wykonaniaZalecona dawka
.....

Nazwa środka Nr serii Droga podania
.....

Czy wystąpiły powikłania? TAK..... NIE.....

Jeśli tak to jakie
.....

Zastosowane leki
.....
.....

.....
Podpis i pieczętka lekarza radiologa nadzorującego badanie

.....
Podpis i pieczętka osoby wykonującej zlecenie