

# Badanie MRI ANKIETA



Nr badania

Pieczęć zakładu kierującego

...../...../20.....

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

dzień

miesiąc

rok

PESEL:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

Kod pocztowy:

Miasto:

Waga pacjenta:

 kg

1. Rodzaj badania MRI

2. Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabigi operacyjne (co badanie ma wyjaśnić?)

Wypełnia pracownik

Zlecenie lekarskie na podanie środka kontrastowego	Adnotacje dodatkowe
Nazwa i ilość środka kontrastowego: <input type="checkbox"/> Gadovist <input type="checkbox"/> Omniscan      Ilość: <input type="text"/> ml 1,0mmol/ml                      0,5 mmol/ml	<input type="text"/>
Podpis i pieczęćka zlecającego:                      Podpis osoby podającej kontrast: <input type="text"/> <input type="text"/>	

Osoba obsługująca pacjenta:

Technik wykonujący badanie:

Podpis osoby obsługującej pacjenta

Podpis osoby wykonującej badanie

Załączone wyniki:

CD wydano

# ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI

## NIEKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ GO NARAZIĆ NA TRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu elektromagnetycznym co oznacza, że nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola takie jak: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe.

### PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkanaście minut. Makijaż może uniemożliwić lub znacznie obniżyć jakość badania głowy. Do badania MRI prosimy o ubiór nie zawierający dodatków metalowych (suwaki, zatrzaski itp.), oraz o nie zakładanie biżuterii.

	TAK	NIE
Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. wewnętrzny aparat słuchowy, plastiką kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki). <b>Odpowiedź tak oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent posiada wszczepy takie jak: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostimulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent posiada: protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku, oczach) (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent miał wykonywane jakiegokolwiek operacje, jeżeli tak proszę wymienić: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ZGODA PACJENTA NA WYKONANIE BADANIA MRI

	TAK	NIE
<b>W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych (jeśli tak proszę wymienić na jakie) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy choruje Pani/Pan na: choroby nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy wyraża Pani/Pan zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotyczy pacjentów wykonujących badania w ramach NFZ Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych obejmujących wyniki wykonanych badań oraz przesyłanie tych danych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej. Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, iż powyższe dane nie zostały zabezpieczone (zaszyfrowane) w związku z tym istnieje możliwość uzyskania do nich dostępu przez osoby nieuprawnione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.**

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

Podpis pacjenta