

BADANIE WYKONAŁ (czytelny podpis tech. RTG):

UWAGI WYKONUJĄCEGO BADANIE:

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO



NU-MED GRUPA S.A.
Pracownia Rezonansu Magnetycznego
82-300 Elbląg, ul. Królewiecka 146
NIP 7411906987 REGON 519455718
Rejestracja: tel. 55/ 235 89 89

NAZWA JEDNOSTKI KIERUJĄCEJ/SYGNATURA UMOWY Z NFZ:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

DATA URODZENIA:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFON:

ADRES (ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy, miasto):

WAGA CIAŁA:

PROSZĘ O BADANIE:

ROZPOZNANIE KLINICZNE:

ICD-10

CEL BADANIA:

BADANIA DOTYCHCZAS WYKONANE:

Prosimy o załączenie wyników badań (w przypadku badań obrazowych pożądana jest dokumentacja obrazowa (RTG, USG, MR, TK))

WYWIAD ALERGICZNY – UCZULENIA:

- BRAK PRZECIWSKAZAŃ DO DOZYLNEGO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO
- PRZECIWSKAZANIA DO DOZYLNEGO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

POZIOM KREATYNYNY:

PIECZĘĆ, PODPIS, NPWZ LEKARZA KIERUJĄCEGO:

UWAGI PRACOWNI DIADNOSTYCZNEJ:

Wyznaczony termin badania:

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem:

Czytelny podpis pracownika pracowni diagnostycznej:

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MR

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym, przez co nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola (np. zegarki, urządzenia elektryczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne). **PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIA TAKICH RZECZY.**

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu przez około godzinę. Makijaż może obniżyć jakość badania głowy.

PACJENCI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA ZGŁASZAJĄ SIĘ NA BADANIE Z PEŁNOLETNIM OPIEKUNEM.

Prosimy o rzetelne wypełnienie formularza. Informacje zawarte w wywiadzie pozwolą na ewentualne odstępnie od podania kontrastu, gdy będzie podejrzenie o możliwość wystąpienia powikłań.

WIEK:

WAGA:

PROSIMY O RZETELNE WYPEŁNIENIE FORMULARZA, ZAZNACZAJĄC PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEŹ.

L.P.		TAK	NIE
1.	Czy jest Pan/i na czczo?		
2.	Czy kiedykolwiek miał/-a Pan/-i podawane środki kontrastowe?		
3.	Jeśli tak, to czy wystąpiły reakcje uboczne? Jeżeli tak, to jakie?		
4.	Czy wystąpiły u Pana/-i reakcje uczuleniowe na leki lub inne substancje?		
5.	Czy choruje Pan/-i na niewydolność nerek lub inne choroby nerek?		
6.	Czy choruje Pan/-i na astmę, alergie – inne?		
7.	Czy pacjentka jest w ciąży?		
8.	Czy pacjentka ma wkładkę antykoncepcyjną?		
9.	Czy pacjent/ka ma rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, by-pass?		
10.	Czy pacjent/ka ma sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), filtr żyły głównej, klipsy naczyniowe?		
11.	Czy pacjent/ka ma pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?		
12.	Czy pacjent/ka ma neurostymulator lub inne biostymulatory?		
13.	Czy pacjent/ka ma inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory kręgosłupa itp.?		
14.	Czy pacjent/ka ma inne metaliczne elementy w ciele: kula postrzałowa, odłamki?		
15.	Czy pacjent/ka ma: protezę zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgamatowe?		
16.	Czy pacjent/ka ma tatuaż lub makijaż trwały?		
17.	Czy pacjent/ka ma sztuczną skórę, perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?		
18.	Czy pacjent/ka ma aparat słuchowy, implant ślimakowy, miał(a) plastikę kosteczek słuchowych?		
19.	Czy pacjent/ka cierpi na klaustrofobię (lęk przed zamkniętym pomieszczeniem)?		
L.P.	JEŻELI „TAK” NA JEDNO Z PONIŻSZYCH PYTAŃ DOTYCZĄCYCH ZABIEGÓW, TO PROSZĘ OKREŚLIĆ CZY NIE MA W CIELE ELEMENTÓW METALOWYCH LUB ODPARYSKÓW METALI	TAK	NIE
1.	Ciało obce?		
2.	Pracował/a ze szlifierką, tokarką itp.?		
3.	Pracował/a w przemyśle ciężkim?		
4.	Przebył/a zabieg neurochirurgiczny?		
5.	Przebył/a zabieg ortopedyczny?		
6.	Przebył/a zabieg chirurgiczny?		

PROSIMY O PODPISANIE WŁAŚCIWEGO OŚWIADCZENIA:

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na wykonanie badania MR:

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

Ja, niżej podpisany/-a zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości powikłań po podaniu środka cieniującego stosowanego w badaniu MR. Zgadzam się na dożylną podanie środka kontrastowego.

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

Ja, niżej podpisany/-a zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości powikłań po podaniu środka cieniującego stosowanego w badaniu MR. Nie zgadzam się na dożylną podanie środka kontrastowego.

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

Jednocześnie oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, otrzymałem/-am wystraszające informacje na temat potencjalnych korzyści i ryzyka przeprowadzenia badania diagnostycznego, jego następstw oraz zaniechania, a podane odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

CZY POZOSTAWIŁ/-A PAN/-I POPRZEDNIE WYNIKI BADAŃ?	TAK					NIE	PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENTACJĘ:
	CD	SZT.	RTG	SZT.	OPIS		