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 odstąpienie od podania kontrastu, gdy będzie podejrzenie o możliwość wystąpienia powikłań.

WIEK:

WAGA:

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 pacjentka jest w ciąży?		
5.	Czy pacjentka ma wkładkę antykoncepcyjną?		
6.	Czy pacjent/ka ma rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, by-pass?		
7.	Czy pacjent/ka ma sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), filtr żyły głównej, klipsy naczyniowe?		
8.	Czy pacjent/ka ma pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?		
9.	Czy pacjent/ka ma neurostymulator lub inne biostymulatory?		
10.	Czy pacjent/ka ma inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory kręgosłupa itp.?		
11.	Czy pacjent/ka ma inne metaliczne elementy w ciele: kula postrzałowa, odłamki?		
12.	Czy pacjent/ka ma: protezę zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgamatowe?		
13.	Czy pacjent/ka ma tatuaż lub makijaż trwały?		
14.	Czy pacjent/ka ma sztuczną skórę, perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?		
15.	Czy pacjent/ka ma aparat słuchowy, implant ślimakowy, miał(a) plastykę kosteczek słuchowych?		
16.	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 LUBODPRYSKÓW METALI**		
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 ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/-A O MOŻLIWOŚCI POWIKŁAŃ PO PODANIU ŚRODKA CIENIUJĄCEGO STOSOWANEGO W BADANIU MR. ZAGADZAM SIĘ NA DOŻYLNE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO:

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

JA, NIŻEJ PODPISANY ZOSTAŁEM POINFORMOWANY/-A O MOŻLIWOŚCI POWIKŁAŃ PO PODANIU ŚRODKA CIENIUJĄCEGO STOSOWANEGO W BADANIU MR. NIE ZGADZAM SIĘ NA DOŻYLNE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

(czytelny podpis pacjenta, rodziców, opiekunów)

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE TREŚĆ ANKIETY JEST DLA MNIE ZROZUMIAŁA, OTRZYMAŁEM WYSTARCZAJĄCE 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	SZT.		