

Do rezonansu pacjent powinien mieć:

1. skierowanie
2. zlecenie na badanie z MEDINCUSA
3. dowód osobisty
4. poprzednio wykonane badania obrazowe badanej okolicy takie jak rezonans magnetyczny (MR), tomografia komputerowa (TK, CT), rentgen, USG – jeśli takie były wykonywane (klisze, płyty, opisy z tych badań)
5. do badań z kontrastem (większość badań głowy, krtani, jamy brzusznej) pacjent powinien być 3 godziny przed badaniem bez jedzenia i picia – wyjątek stanowią cukrzycy
6. pacjent powinien zgłosić się do pracowni TK z AKTUALNYMI wynikami badań poziomu: mocznika, kreatyniny, poziomu hormonu tarczycy (TSH, fT3 i fT4) – przy przekroczeniu norm niektórych z nich może istnieć przeciwwskazanie do podania środka kontrastowego

Badania nie są przeprowadzane w pacjentów w przypadku stwierdzenia obecności metalowego ciała obcego – pytania w ankiecie (stenty, druty, implanty, protezy, rozruszniki serca, siatki, itp.)



**ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO
SIEMENS 3.0 T**

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza drukowanymi literami. Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Nazwisko i imię.....

Data urodzenia..... Pesel

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Waga..... Wzrost..... Numer telefonu.....

Data badania.....

| | TAK | NIE |
|--|-----|-----|
| Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek poddany/a badaniu MR? | | |
| Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy? | | |
| Czy jest Pan/Pani uczulony/a na środki kontrastowe? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? | | |
| Czy jest Pani w ciąży? | | |
| Czy jest Pani matką karmiącą? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na jedną wymienionych chorób: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? | | |
| Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW B lub WZW C? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię lub zaburzenia krzepliwości krwi? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na choroby tarczycy? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na choroby nerek? | | |

UWAGA! Prosimy o pozostawienie wszystkich metalowych przedmiotów i wyjmowanych protez zębowych w kabinie przebieralni.

Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do badania, prosimy o zaznaczenie, jeżeli jakkolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana:

| Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele: | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| Rozrusznik serca, elektrody rozrusznika, stymulator serca, kardiowerter – defibrylator, by-pas | | |
| Sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), filtr żyły głównej, klipsy naczyniowe | | |
| Implantowaną pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki | | |
| Neurostymulator lub inne biostymulatory | | |
| Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) | | |
| Aparat słuchowy, implant ślimakowy, inny implant uszny | | |
| Protezę kończyny lub stawu, stabilizatory kręgosłupa, jakiegokolwiek implany ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki itd. | | |
| Protezę zębów, aparat korekcyjny, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgantowe | | |
| Czy posiada Pan/Pani w ciele elementy metalowe, np. opiłki, odłamki, odpryski, kule postrzałowe, itp.? | | |
| Protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe | | |
| Sztuczną skórę, perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych | | |
| Makijaż trwały, tatuaż | | |

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe według mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem/am i zrozumiałem/am całą zawartość tego formularza i miałem/am możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.

Zostałem/am poinformowany/a przez lekarza kierującego o możliwości powikłań związanych z badaniem i mimo to wyrażam/ nie wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.

.....

(Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

Zostałem poinformowany/a o możliwości powikłań związanych z podaniem środka kontrastowego i mimo to wyrażam zgodę/ nie wyrażam* świadomą zgodę na dożylne podanie środka kontrastowego. W przypadku braku mojej zgody na podanie środka kontrastowego mam świadomość, że badanie może być niediagnostyczne.

.....

(Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

* - niepotrzebne skreślić