



Informacje jak przygotować się do badania MR (rezonans magnetyczny) i ankieta do wypełnienia przed badaniem

Co należy przynieść na badanie:

1. skierowanie
2. zlecenie na badanie z Centrum Słuchu i Mowy MEDINCUS
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 oraz badanie z dopiskiem na skierowaniu „z kontrastem”) pacjent powinien być 3 h przed badaniem bez jedzenia i picia – wyjątek stanowią cukrzycy
6. pacjent powinien zgłosić się do pracowni MR z AKTUALNYMI wynikami badań poziomu, kreatyniny – przy przekroczeniu norm może istnieć przeciwwskazanie do podania środka kontrastowego
7. pacjent powinien się przygotować do badania, tak aby na ubraniu nie było elementów metalowych oraz przed badaniem należy zdjąć biżuterię oraz ozdoby z elementami metalowymi.

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

ANKIETA i ważne informacje dotyczące badania znajdują się na kolejnych stronach.



PRACOWNIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
NAUKOWE CENTRUM OBRAZOWANIA
BIOMEDYCZNEGO

Kajetany, ul. Mokra 17, 05-830 Nadarzyn
tel. 22 356 03 48; fax. 22 356 03 47
e-mail: ncob@ifps.org.pl
www.ncob.ifps.org.pl

Ankieta pacjenta przed badaniem rezonansu magnetycznego (MR) 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.

imię i nazwisko:

data urodzenia: PESEL:

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

waga:..... wzrost..... numer telefonu kontaktowego:

data badania: e-mail:

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X:	TAK	NIE
Czy miał Pan/miała Pani kiedykolwiek badanie MR?		
Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące objawy?		
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na środki kontrastowe?		
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, inne substancje? Jakie:		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed zamkniętym pomieszczeniem)?		
Czy jest Pani w ciąży? Data ostatniej miesiączki:		
Czy jest Pani matką karmiącą?		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? (<i>właściwe podkreślić</i>)		
Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW B lub WZW C? (<i>właściwe podkreślić</i>)		
Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię lub zaburzenia krzepliwości krwi?		
Czy cierpi Pan/Pani na choroby nerek?		

Poziom kreatyniny z dnia

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 jakakolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana:

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele (właściwe podkreślić):	TAK	NIE
Rozrusznik serca, elektrody rozrusznika, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, by-pass		
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 implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki itd.		
Protezę zębów, aparat korekcyjny, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgantowe, mostek, retainer		
Elementy metalowe, np. opiłki, odłamki, odpryski, kule postrzałowe itp.		
Inne wszczepione metale (jakie)?		
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 świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego.

.....
(data i podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego)

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

.....
(data i podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić