



PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

35-005 RZESZÓW, UL. FREDRY 9

17 861 36

numer badania

data badania

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

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

data urodzenia

Adres zamieszkania pacjenta, numer telefonu kontaktowego

ⓘ **PACJENCI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA MUSZĄ STAWIĆ SIĘ Z OSOBĄ PEŁNOLETNIĄ** ⓘ

Rodzaj badania

waga pacjenta

Rozpoznanie, główne dolegliwości (co ma badanie wyjaśnić)

wzrost pacjenta

Wypełnia personel medyczny

ZLECENIE LEKARSKIE NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Podany kontrast (*producent, nazwa*)

Ilość kontrastu

Podpis i pieczęćka zlecającego

Podpis i pieczęćka osoby podającej kontrast

Podpis i pieczęćka osoby wykonującej badanie

Uwagi dodatkowe

Wypełnia pacjent

ODBIÓR WYNIKU BADANIA

Do odbioru wyniku badania upoważniam Pana (-nią)

.....

(Imię i Nazwisko)

Legitymujący (a) się dowodem tożsamości (numer, seria):



PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

35-005 RZESZÓW, UL. FREDRY 9

17 861 36 41



ZGODA NA WYKONANIE BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MRI)

Badanie wykorzystuje działanie pola magnetycznego na ciało człowieka i wymaga przebywania w bezruchu i w ograniczonej przestrzeni przez około 30 – 60 minut. Obecność silnego pola magnetycznego podczas badania powoduje, iż wszystkie przedmioty metalowe znajdujące się w pobliżu aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania do wykonania badania. Przedmioty, tj.: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe, monety, mogą ulec uszkodzeniu.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE PRZEDMIOTÓW ZABRANYCH PRZEZ PACJENTA DO POMIESZCZENIA Z REZONANSEM!

Do badania MRI prosimy także o ubiór nie zawierający metalowych dodatków (haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki) oraz nie zakładanie biżuterii. Przy badaniu głowy należy usunąć makijaż, gdyż może on pogorszyć jakość obrazowania. Badaniu towarzyszy okresowy hałas, zależny od fazy badania. W razie potrzeby można zastosować stopery wygłuszające oraz słuchawki, dostępne na terenie pracowni.

Bezwzględne przeciwwskazania do badania MRI to sztuczny rozrusznik serca, neurostymulatory, niektóre implanty metalowe. Nie zaleca się wykonywania badania MRI w ciąży, a szczególnie w jej pierwszym trymestrze. Prosimy przed badaniem nie pić kawy i innych napojów moczopędnych, należy zgłosić się z pustym pęcherzem – nie dotyczy to badania MR miednicy małej. Dla pełnej wartości badania czasami wymagane jest podanie środka kontrastowego. Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji w pracowni MRI bezpośrednio po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15 – 30 minut. W dniu badania należy dostarczyć pełną dokumentację z badań obrazowych wcześniej wykonanych: MR, TK., USG, karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

Prosimy odpowiedzieć na poniższe pytania TAK/NIE wstawiając znak X

TAK NIE

Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne, tj.: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. aparat słuchowy, wszczep ślimaka, pompę insulinową (lub inne urządzenia podające leki)?		
Czy pacjent posiada wszczepy tj.: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne?		
Czy pacjent miał wykonywane jakiegokolwiek operacje? <i>Jeżeli tak, to jakie?</i>		
Czy pacjent ma protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, kłamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opilki w ciele (zwłaszcza w oku)?		
Czy pacjent choruje na nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca, padaczkę, cukrzycę, choroby nerek, astmę, choroby tarczycy, klaustrofobię? <i>Jeżeli tak to jaką?</i>		
Czy pacjentka jest w ciąży?		
Czy Pacjentka karmi piersią?		
Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? <i>Jeżeli tak, to jakich?</i>		
Czy kiedykolwiek wcześniej miała Pani/Pan wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?		
Czy po podaniu środka kontrastowego podczas badania wystąpiły reakcje uczuleniowe?		
Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu?		
WYRAŻAM ZGODĘ NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO		
Czy w razie konieczności wyrażam zgodę na podanie przy badaniu środka kontrastowego dożylnie?		
Ilość dokumentów pozostawionych: FORMA PAPIEROWA:..... PŁYTA CD: KLISZA.....		
Pacjent zobowiązuje się dostarczyć poprzednią dokumentację medycznądo dnia.....		

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż przeczytałam i zrozumiałam powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam, że nie zataiłam /em żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekach. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Cel badania jest dla mnie jasny i zostałam/em poinformowana/y o procedurze badania oraz o ewentualnej potrzebie podanie dożylnie środka kontrastowego. Znałam mi są wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania, zostałam/em poinformowana/y o możliwości wystąpienia powikłań. Miałam/em nieskrepowaną możliwość zadawania pytań dotyczących badania i uzyskałam/em wyczerpujące i zrozumiałe dla mnie odpowiedzi.

Pacjenci pomiędzy 16 a 18 rokiem życia – wymagana zgoda podwójna, tj. pacjenta oraz rodzica/opiekuna prawnego.

Czytelny podpis pacjenta

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego