



# Rezonans magnetyczny

Informacje oraz ankieta

.....  
imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami

.....  
PESEL

.....  
TEL kontaktowy

Rezonans magnetyczny jest nieinwazyjną metodą pozwalającą na obrazowanie narządów wewnętrznych przy zastosowaniu pola elektromagnetycznego.

Do pomieszczenia, w którym znajduje się aparat MRI nie należy wносить urządzeń elektronicznych, metalowych elementów ubioru, biżuterii, okularów, kart kredytowych, zegarków.

Brak specyficznych zaleceń odnośnie czasu po badaniu, można powrócić do normalnych czynności.

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej ankiety mającej na celu poprawę bezpieczeństwa badania oraz jego dokładniejszą interpretację.

Podczas badania MRI może być podany **środek kontrastowy** (decyzję podejmuje lekarz). Środki kontrastowe stosowane w badaniach rezonansu magnetycznego należą do bardzo bezpiecznych, prawdopodobieństwo wystąpienia poważnej reakcji wynosi 0,004-0,7%, łagodne reakcje jak nudności, osłabienie, bóle głowy mogą wystąpić z prawdopodobieństwem do 2,4%. Środki kontrastowe mogą upośledzać funkcje nerek, co ma znaczenie u pacjentów z niewydolnością nerek. Ze względu na niewielkie ilości kontrastu podawane przy badaniu ryzyko takiego uszkodzenia jest niewielkie. W przypadku wystąpienia reakcji uczuleniowej należy zgłosić to osobie wykonującej badanie. Przed i po wykonanym badaniu należy wypić większą ilość wody.

Ponieważ **metalowe przedmioty** znajdujące się w polu elektromagnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do badania prosimy o zaznaczenie krzyżykiem, jeżeli jakiegokolwiek z wymienionych poniżej sytuacji odnosi się do Państwa.

WAGA ..... [kg]

WZROST ..... [cm]

	TAK	NIE
Rozrusznik serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sztuczna metalowa zastawka serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wewnątrzczaszkowe metalowe klipsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostymulatory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalowe fragmenty lub opiłki w gałce ocznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne metaliczne ciała w głowie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalowe klipsy operacyjne na aorcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szwy chirurgiczne z drutu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalowe gwoździe ortopedyczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalowe protezy stawów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalowe odłamki w ciele lub skórze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalowe mostki zębowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne wszczępione metale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparat słuchowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie



# Rezonans magnetyczny Oświadczenia

.....  
imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami

.....  
PESEL

Przebyte lub obecnie występujące schorzenia: .....

Przebyte zabiegi operacyjne: .....

Czy jest pan/pani uczulona na jakiegokolwiek substancje (leki, pokarmy, inne).....

Wykonane badania diagnostyczne (TK/MR/RTG/USG) tej samej okolicy anatomicznej?.....

Wykonane badania diagnostyczne (TK/MR/RTG/USG) z powodu tego samego schorzenia lub dolegliwości co obecne?.....

Czy podczas wykonywanych wcześniej badań radiologicznych otrzymał/a pan/pani dożylnie kontrast? Jeśli tak, to czy występowały po badaniu lub w jego trakcie jakiegokolwiek dolegliwości?.....

Leki stosowane przewlekłe.....

Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? .....

Dotyczy kobiet w wieku rozrodczym: Czy jest Pani w ciąży? ..... Data ostatniej miesiączki .....

.....  
*data i podpis pacjenta*

## Oświadczenia

*(Proszę o zaznaczenie właściwego pola wyboru we wszystkich punktach oświadczenia)*

Po zapoznaniu się z dołączoną broszurą informacyjną dotyczącą badania rezonansem magnetycznym:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na badanie MRI    | <input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na dożylnie podanie kontrastu     |
| <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na badanie MR | <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na dożylnie podanie kontrastu |

- Upoważniam** poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania **informacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych:

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres*

.....  
*telefon*

- Nie upoważniam** nikogo do uzyskania **informacji** o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

- Upoważniam** poniżej wskazane osoby mi bliskie do uzyskiwania **dokumentacji medycznej (wyniku badania)** dotyczącej mojej osoby:

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres*

.....  
*telefon*

- Nie upoważniam** nikogo do otrzymania **dokumentacji medycznej (wyniku badania)** dot. mojej osoby.

.....  
*Czytelny podpis składającego oświadczenie*