

Ankieta przed badaniem MR

Proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza przez postawienie znaku **x** przy właściwej odpowiedzi – **TAK/NIE***

Czy miała Pani/Pan w przeszłości badanie MR z podaniem środka kontrastowego ?	TAK /NIE
Czy występuje u pani/Pana lęk przed przebywaniem w pomieszczeniu zamkniętym ?	TAK/NIE
Czy występują u Pani/Pana reakcje alergiczne na leki, środki kontrastowe ?	TAK/NIE
Czy wykonuje Pani/Pan prace w kontakcie z opiłkami metali lub możliwa jest ich obecność w częściach miękkich ?	TAK/NIE
Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:	TAK/NIE
rozrusznik serca ?	TAK/NIE
sztuczną metalową zastawkę serca ?	TAK/NIE
wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe ?	TAK/NIE
neurostymulatory ?	TAK/NIE
metalowe fragmenty lub opiłki w gałce ocznej, protezę oczną ?	TAK/NIE
aparat słuchowy wszczepiony w ucho wewnętrzne lub środkowe ?	TAK/NIE
inne metaliczne ciała w głowie, implanty słuchowe ?	TAK/NIE
metalowe klipsy operacyjne w tętnicach i żyłach (śruby, płytki, gwoździe i in.) ?	TAK/NIE
zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym ?	TAK/NIE
metalowe szwy chirurgiczne ?	TAK/NIE
metalowe wszczepy ortopedyczne (śruby, płytki, gwoździe i in.) ?	TAK/NIE
metalowe protezy stawów lub kończyn ?	TAK/NIE
metalowe odłamki w ciele lub w skórze, kule ?	TAK/NIE
metalowe mostki zębowe, protezy ?	TAK/NIE
metalowe wkładki wewnętrzne (spirale) ? DOTYCZY KOBIET	TAK/NIE
inne wszczepione metale lub urządzenia np. pompa insulinowa ?	TAK/NIE
inne metaliczne elementy w obrębie ciała ?	TAK/NIE
tatuaż, trwałe makijaż ?	TAK/NIE
Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, cukrzycę, astmę, nadciśnienie tętnicze ? Jeśli tak, to proszę napisać jakie:	TAK/NIE
.....	
Czy przebyła/ Przebył Pani/Pan zabiegi operacyjne ?	TAK/NIE
Jeśli tak, to proszę napisać jakie i w którym roku:	
DOTYCZY KOBIET: Jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży ?	TAK/NIE
Czy Pani/Pan choruje na cukrzycę/ padaczkę/ astmę/ hemofilię ?	TAK/NIE

Świadoma zgoda na badanie i oświadczenie pacjenta

- ❖ Przeczytałam/em i zrozumiałam/em całą zawartość ankiety,
- ❖ Podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym,
- ❖ Zostałam/em poinformowana/y o możliwości wystąpienia powikłań związanych z badaniem i **WYRAŻAM ZGODĘ** na przeprowadzenie badania.

*niepotrzebne skreślić

Podpis (imię i nazwisko).....