

Jednostka kierująca (nazwa, adres)

ANKIETA

do badania rezonansem magnetycznym

ID badania

Data badania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	R	R	R	R

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL pacjenta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nr telefonu pacjenta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data urodzenia pacjenta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	D	M	M	R	R	R	R

Adres pacjenta (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)

Adres e-mail pacjenta

Rodzaj badania

Waga pacjenta

Rozpoznanie, główne dolegliwości, przebyte zabiegi operacyjne (co ma badanie wyjaśnić)

Wzrost pacjenta

Kod ICD-10

Wypełnia pracownik Aura Medic Sp. z o.o.

Osoba obsługująca pacjenta

Osoba wykonująca badanie

Zlecenie lekarskie na podanie środka kontrastowego

Podany kontrast (producent, nazwa)

Ilość kontrastu

Podpis i pieczęć zlecającego kontrast

Podpis osoby podającej kontrast

Uwagi dodatkowe (np. ciśnienie)

BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

- Podczas badania występuje silne pole magnetyczne - wszystkie przedmioty metalowe znajdujące się w pobliżu aparatu mogą zaburzyć wyniki badania. Mogą one także doprowadzić do poważnej awarii sprzętu.
- Posiadanie metalowych przedmiotów przez pacjenta podczas badania może doprowadzić do utraty zdrowia.
- Niektóre przedmioty np.: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, telefony komórkowe mogą pod wpływem silnego pola magnetycznego ulec uszkodzeniu.
- Badaniu towarzyszy hałas i dlatego zalecane są stopery wygłuszające albo skorzystanie ze słuchawek znajdujących się na terenie pracowni.
- Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni w czasie od kilkunastu do kilkudziesięciu minut.
- Przy badaniu głowy należy usunąć makijaż, gdyż może on pogorszyć jakość obrazowania.
- Przed badaniem rezonansem magnetycznym prosimy o zdjęcie ubioru zawierającego metalowe dodatki (suwaki, zatrzaski, itp.) oraz nie zakładanie biżuterii.
- Aura Medic nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenie przedmiotów zabranych przez pacjenta do pomieszczenia z rezonansem.

WYWIAD PRZED BADANIEM

PROSIMY ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA TAK/NIE STAWIAJĄC ZNAK „X”

1. Czy wyraża Pan/Pani zgodę na wykonanie badania.

TAK	NIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Czy Pan/Pani posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. wew. aparat słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki)? Jeśli tak to jakie? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

3. Czy Pan/Pani posiada wszczepy takie jak klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embulizujące, filtry naczyniowe, neurstymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? Jeśli tak to jakie? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

4. Czy Pan/Pani ma protezy kości, implanty, zespolenia metalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku)? Jeśli tak to jakie? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5. Czy Pan/Pani miał wykonywane jakiegokolwiek operacje?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Jeśli tak to jakie? _____

6. Czy w przypadku konieczności wyrażam zgodę na podanie przy badaniu środka kontrastowego dożylnie? W przypadku braku zgody pacjent bierze odpowiedzialność za ewentualne obniżenie wartości diagnostycznej badania.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

7. Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? Jeśli tak to jakich? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8. Czy choruje Pani/Pan na: chorobę nerek, astmę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenie rytmu serca, padaczkę, cukrzycę? Jeśli tak, to jaką chorobę? _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

9. Czy kiedykolwiek wcześniej miała Pani/Pan wykonywane badanie rezonansem magnetycznym z użyciem środka kontrastowego?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10. Czy po podaniu środka kontrastowego podczas badania wystąpiły u Pana/Pani reakcje uczuleniowe?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

11. Czy jest Pani w ciąży?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- Ja niżej podpisana/y oświadczam, że powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe, a udzielone odpowiedzi w ankiecie są zgodne ze stanem faktycznym.
- Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.
- Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem badania rezonansem magnetycznym.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji usługi medycznej.
- Oświadczam, że w przypadku wykonania badania ze wszczepionym elementem metalowym, zostałam/em poinformowana/y o ewentualnych konsekwencjach przebywania w polu magnetycznym oraz badanie wykonuję na własną odpowiedzialność.