**ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO 1,5 T**

Proszę o wypełnienie poniższej ankiety

Ankieta jest częścią dokumentacji medycznej a informacje w niej zawarte są tajemnicą lekarską i nie będą  
wykorzystywane do innych celów niż medyczne, dokumentacja zdjęciowa może być wykorzystana do celów  
naukowych po dokonaniu anonimizacji danych osobowych.

Data badania ………………………………

Nazwisko …………………………….. Imię …………………….

Data urodzenia ………………………. PESEL ………………….

Waga……………………………….. Wzrost….……………….

Numer telefonu

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym, dlatego nie może posiadać przy sobie  
żadnych przedmiotów, które zawierają elementy metalowe oraz są wrażliwe na działanie tego pola, np. zegarki,  
karty magnetyczne, telefony komórkowe, klucze, bilon, kolczyki, paski, guziki, zapinki, okulary itp.

Badanie wymaga przebywania w bezruchu około ˝ godziny.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CZY POSIADA PAN/PANI W SWOIM CIELE: | TAK | NIE |
| Rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne lub implanty ślimakowe |  |  |
| Metalowe opiłki w ciele lub skórze |  |  |
| Metalowe protezy stawów, wszczepy ortopedyczne, protezy kości czaszki |  |  |
| Protezę zębową, implanty zębowe |  |  |
| Metalowe szwy chirurgiczne, stenty, spirale wewnątrznaczyniowe |  |  |
| Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed zamkniętą przestrzenią) |  |  |
| Czy jest Pan/Pani uczulona na leki, pokarm, środki kontrastowe, inne substancje? |  |  |
| Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe (jeśli tak to jakie), czy choruje Pan/Pani na nerki? |  |  |

Jeżeli Pan/Pani posiada w ciele przedmioty wymienione w powyższej ankiecie to proszę poinformować o tym fakcie telefonicznie : Rejestracja Zakładu Diagnostyki Obrazowej (tel. 42 201 42 04) lub Pracownię Rezonansu Magnetycznego (tel. 42 201 41 98).

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/na oświadczam, iż informacje zawarte w niniejszej ankiecie są zgodne z prawdą oraz że nie zataiłem/łam żadnych informacji mogących mieć wpływ na przeprowadzenie i wynik badania.

Zapoznałem/lam się z informacją o możliwych działaniach niepożądanych wywołanych podaniem środka kontrastowego i świadomie wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania diagnostycznego rezonansu magnetycznego i podanie środka kontrastowego.

Data i czytelny podpis pacjenta:

Zgoda rodziców, opiekunów prawnych.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania rezonansu magnetycznego i podania środka kontrastowego.

Data i czytelny podpis opiekuna:

Za świadome zatajenie informacji mogących mieć wpływ na przeprowadzenie i wynik badania oraz za szkody wynikłe z tego tytułu pacjent ponosi całą odpowiedzialność.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana ……………………………………………….

(imię i nazwisko pacjentki)

oświadczam, że jestem/ nie jestem\* w ciąży.

Data i czytelny podpis pacjentki:……………………………………………………….

\* - niewłaściwe skreślić