

**ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)**

Nazwisko:	Waga:	Uwagi:									
Imię:	Wzrost:										
Pesel <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											
Rodzaj badania:											

- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta: stymulatora serca, metalicznego ciała obcego w oku, aparatu słuchowego w uchu wewnętrznym lub środkowym, neurostymulatora.
- W przypadku przebycia operacji z wszczepieniem implantów metalowych (stymulator serca, neurostymulator, protezy, śruby, druty, płytki i inne) konieczne jest Okazanie paszportu implantu, lub informacji o dokładnej nazwie i producenta implantu celem określenia zaleceń producenta implantu co do bezpieczeństwa wykonywania badań MR.
- Badanie wymaga przebywania w bezruchu przez około 20 – 50 minut.
- Nie zaleca się wykonywania badania MR w ciąży, a szczególnie w jej pierwszym trymestrze.
- U części pacjentów konieczne jest podanie kontrastu – dożylnie lub do stawu – który może wywołać reakcję alergiczną lub reakcję zapalną – korzyści wynikające z podania kontrastu istotnie przewyższają możliwe wystąpienie powikłań.
- Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalicznych, przedmiotów elektronicznych, kart magnetycznych. Należy unikać zakładania ubiorów wyposażonych w haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki. Nie należy nakładać makijażu.
- Przedmioty elektroniczne mogą ulec uszkodzeniu, w miarę możliwości prosimy o pozostawienie ich w domu.
- Jeżeli było wcześniej wykonane badanie MR należy koniecznie zabrać ze sobą płytę CD lub zdjęcie oraz opis badania.

PYTANIA	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy w czasie lub po badaniu MR z podaniem środka kontrastowego wystąpił wstrząs anafilaktyczny lub inne wyraźne reakcje niepożądane?		
Czy cierpi Pani/ Pan na klaustrofobię (lęk przed małymi, ciasnymi pomieszczeniami)?		
Czy nosi Pani/ Pan wymienione niżej przedmioty:		
- rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
- stenty, stentgraft, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe		
- implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
- implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
- implantowaną sztuczną zastawkę serca		
- protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe		
- port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
- protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.		
- protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki i inne		
- makijaż trwały, tatuaż		

**Ocena badania diagnostycznego może być wspomagana algorytmami sztucznej inteligencji. O ostatecznym wyniku badania decyduje lekarz.**

**Oświadczam, że zrozumiałam/em całą treść formularza i wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą rezonansu magnetycznego (MR).**

.....  
 (data i czytelny podpis pacjenta)

.....  
 (data i czytelny podpis Technika Radiologii)

**W razie konieczności zastosowania środka kontrastującego, wyrażam zgodę na jego dożylnie podanie świadoma/y możliwości wystąpienia objawów ubocznych, w szczególności takich jak: ból głowy, nudności, zaburzenia smaku, mrowienie, duszność, swędzenie i wysypka.**

.....  
 (data i czytelny podpis pacjenta)

.....  
 (data i czytelny podpis Technika Radiologii)

\* wstaw znak „X” przy prawidłowej odpowiedzi

