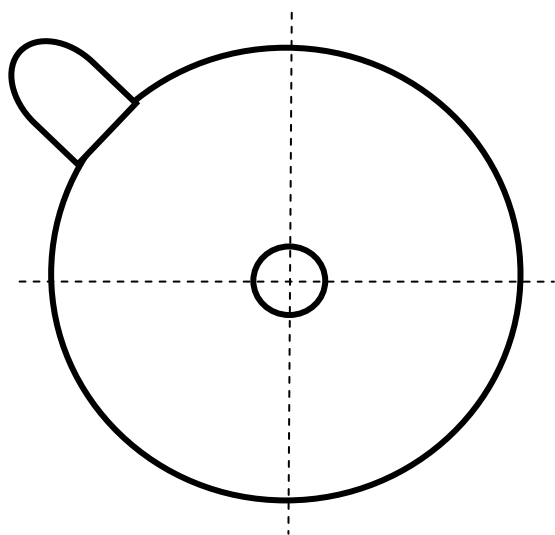
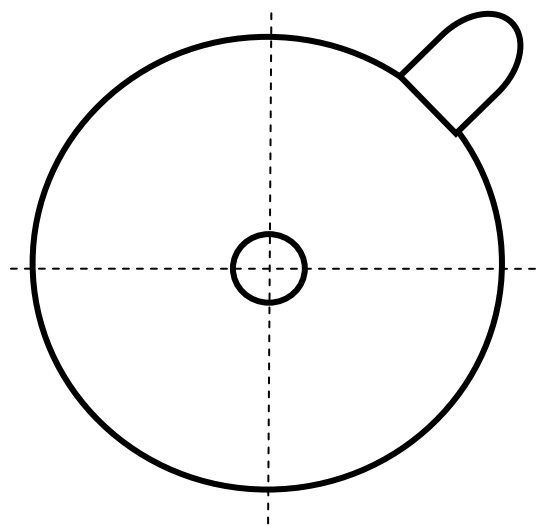


ANKIETA PRZED BADANIEM PIERSI W MRI

Nazwisko:	Wiek:	Uwagi:																		
Imię:																				
Pesel <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> <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>																				
Data badania:																				

1. Czy w Pani rodzinie wystąpił rak piersi?
 matka siostra babka inne osoby:
2. Czy Pani miesiączkuje?
 Tak, data ostatniej miesiączki: Nie, rok ostatniej miesiączki :
3. Czy przyjmuje Pani terapię hormonalną lub hormonalne środki antykoncepcyjne?
 Tak, jak długo: Nie
4. Czy miała Pani zabieg w obrębie piersi? Tak, której: (PRAWA/ LEWA) Nie
5. W jakim czasie wykonano zabieg? Czy minęło już 12 miesięcy? Tak Nie
6. Jakiego rodzaju to był zabieg?
 biopsja gruboigłowa, czy minęło już 6 miesięcy? Tak Nie
 usunięcie łagodnego guzka
 operacja z powodu raka piersi
7. Czy miała Pani radioterapię piersi lub śródpiersia? Tak, kiedy: Nie
8. Kiedy była, wykonana ostatnia mammografia?
9. Kiedy było wykonane ostatnie USG piersi?
10. Czy ma Pani jakieś dolegliwości w obrębie piersi, np. ból, wyczuwalny guzek, wyciek z brodawki lub inne? Proszę opisać poniżej:

11. Proszę zaznaczyć na poniższym schemacie piersi ewentualne blizny po zabiegach i/lub miejsca dające dolegliwości.


PIERŚ PRAWA

PIERŚ LEWA

* wstaw znak „X” przy prawidłowej odpowiedzi

- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta: metalicznego ciała obcego w oku, aparatu słuchowego w uchu wewnętrznym lub środkowym.
- 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 nazwy i producenta implantu celem określenia zaleceń producenta.
- Badanie wymaga przebywania w bezruchu przez około 20 – 50 minut.
- Nie zaleca się wykonywania badania MR w ciąży, a szczególnie w jej pierwszym tryestrze.
- 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 (jeśli takie były) lub po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Panią/ Pana objawy?		
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 wewnątrznacyniowe		
- 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).

Łódź,

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

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

Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego świadoma/y ewentualnej 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)

W przypadku badania MR z kontrastem nie jest wymagany wynik GFR

Wypełnia lekarz:

Zlecenie lekarskie: wklucie kontrast - pacjent z wenflonem
(nazwa/ dawka)

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza radiologa)

Wypełnia pielęgniarka:

- potwierdzenie wykonania zlecenia lekarskiego
- potwierdzenie usunięcia wenflonu (jeśli dotyczy)
- brak zdarzeń związanych z podaniem kontrastu, jeśli nie, wypełnij poniżej

.....
(data, podpis i pieczęć pielęgniarki)

Ewentualne zdarzenia związane z podaniem kontrastu:

- wynaczynienie
- reakcja alergiczna
- inne, jakie?
-

Podjęte działania:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data i czytelny podpis lekarza)

.....
(data i czytelny podpis pielęgniarki)

* wstaw znak „X” przy prawidłowej odpowiedzi

UWAGA! W przypadku pacjenta bez kontaktu, fakt ten należy odnotować w ankiecie.