

ANKIETA PRZED BADANIEM PROSTATY W MRI

Nazwisko:	Wiek:	Uwagi:																		
Imię:																				
Pesel <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Data badania:																				

1. Czy w Pana rodzinie wystąpił rak prostaty?
 ojciec brat dziadek syn inne osoby:
2. Czy miał Pan zapalenie prostaty w ostatnim roku?
 Tak, kiedy? Nie
3. Czy przyjmował Pan lub przyjmuje Pan leki na zapalenie prostaty?
 Tak, kiedy? Nie
4. Czy miał Pan wykonywane USG prostaty?
 Tak, proszę dołączyć kserokopię wyniku Nie
5. Czy przyjmuje Pan inne leki na prostatę, jakie i jak długo?
- nazwa leku jak długo:
- nazwa leku jak długo:
- nazwa leku jak długo:
- nazwa leku jak długo:
6. Proszę podać wartości badań PSA (**bardzo ważne**):
- wartość PSA data:
- wartość PSA data:
- wartość PSA data:
- wartość PSA data:
7. Czy były wykonywane biopsje prostaty?
 Tak, ile razy:, proszę dołączyć kserokopie wyników (**bardzo ważne**)
 Nie
8. Inne informacje, proszę opisać poniżej:
.....
.....
.....
.....

UWAGA! Brak powyższych danych uniemożliwia miarodajną ocenę obrazów rezonansu magnetycznego i będzie skutkowało opóźnieniem wykonania opisu badania do czasu dostarczenia kompletnych danych.

Ankieta Ogólna przed badaniem MR

- 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.
- 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 w czasie lub po badaniu MR (jeśli takie były) lub po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana objawy?		
Czy cierpi Pan na klaustrofobię (lęk przed małymi, ciasnymi pomieszczeniami)?		
Czy nosi 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 zrozumiałem 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)

W wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego świadomy możliwości wystąpienia objawów ubocznych, w szczególności takich jak: ból głowy, nudności, zaburzenia smaku, mrowienie, duszność, swędzenie i wysypka.

Łódź,

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

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

