

ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

PESEL:.....Płeć: K / M

Waga:Wiek:.....

Nazwisko i imię:.....

Adres,ul:.....nr:.....

Kod pocztowy:.....Miejscowość:.....

Tel. Kontaktowy:.....

Proszę zaznaczyć właściwe:	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani hospitalizowany/a w dniu badania? Hospitalizacja – pobyt pacjenta w szpitalu		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek na badaniu (rezonansem magnetycznym)?		
Jeśli tak ,to w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy?		
Czy odczuwa Pan/Pani lęk w ciasnych pomieszczeniach, np. w windzie?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne,np opiłek, odłamek,itp.?		
Czy miał/a Pan/Pani uraz oka spowodowany metalicznym ciałem obcym,np.opiłkie,odpryskiem,wiórem metalowym?		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzycę ,astmę?		
Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?		
Czy jest Pan /Pani uczulony na leki? Jeśli tak to jakie?.....		
Czy posiada Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty:	TAK	NIE
- rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
-klipsy naczyniowe ,staplery,klipsy chirurgiczne		
-stenty ,spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe		
-implant ślimakowy,inny implant uszny,aparat słuchowy		
--implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
- implantową sztuczną zastawkę serca		
-protezę gałki ocznej,soczewki kontaktowe		
-port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
-protezę zębową,most,metalowe zęby,itp		
-protezę kończyny lub stawu,implanty ortopedyczne: gwoździe śruby,druty,klipsy,płytki,itp:		
-spirala antykoncepcyjna		
-inne jakie?		
Oświadczenia	TAK	NIE
Oświadczam że zrozumiałem/am całą treść tego formularza i świadomie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą rezonansu magnetycznego(MR)		
W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego,wyrażam zgodę na jego dożylnne podanie świadomy/a możliwości wystąpienia objawów ubocznych.		

.....
Podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego