

FORMULARZ MEDYCZNY OSOBY WSPÓŁTOWARZYSZĄCEJ W BADANIU MR

| | |
|----------------------|--------------|
| Imię i nazwisko | Waga |
| PESEL/data urodzenia | Data badania |

Możliwość towarzyszenia pacjentowi podczas badania dotyczy rodzica lub opiekuna prawnego dziecka do lat 12, a także opiekuna osoby, której stan zdrowia wyraźnie uniemożliwia wykonanie badania bez obecności osoby współtowarzyszącej. Część przedmiotów metalowych pod wpływem silnego pola magnetycznego może przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagraniu, przez co może stanowić przeciwwskazanie do możliwości współtowarzyszenia pacjentowi podczas badania MR. W trosce o bezpieczny przebieg oraz wysoką jakość badania, prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie formularza. Właściwą odpowiedź proszę oznaczyć **wstawiając znak „X”** w odpowiednim polu. W przypadku wątpliwości, należy zwrócić się do personelu pracowni.

Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? (proszę podkreślić właściwe)

| | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| rozsusznik serca, elektrody rozrusznika, implantowaną sztuczną zastawkę serca | | |
| klipsy naczyniowe, klipsy na tętniaku, staplery, klipsy chirurgiczne, spirale embolizujące, zastawki neurochirurgiczne, stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe | | |
| implant ślimakowy, aparat słuchowy | | |
| protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe | | |
| metalowe elementy stomatologiczne i ortopedyczne (protezę zębową, most, metalowe zęby, aparat ortodontyczny, protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, itp.) | | |
| pompę insulinową, pompy do podawania leków? | | |
| makijaż trwały, tatuaż, biżuterię, metalowa wkładkę wewnątrzmaciczną (spirale) | | |
| inne wszczepione elementy metalowe, jeśli tak, to jakie? | | |
| Czy miał/a Pan/Pani uraz ciała/oka, w wyniku którego pozostało metaliczne ciało obce, np. opiłek, odprysk, kula postrzałowa, odłamek, wióra metalowe? | | |
| Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? (dotyczy kobiet) | | |
| Czy karmi Pani piersią? (dotyczy kobiet) | | |

Same Dobre Apteki Pharm spółka z o.o. z siedzibą w Lublinie, jako podmiot prowadzący Przychodnię, w której znajduje się Pracownia Rezonansu Magnetycznego nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenie przedmiotów oraz powikłania związane z obecnością metalowych elementów w ciele oraz wokół ciała pacjenta, jeżeli osoba współtowarzysząca pacjentowi podczas wypełniania formularza oraz rozmowy z osobą wykonującą badanie zataił ich obecność.

ŚWIADOMA ZGODA NA WSPÓŁTOWARZYSZENIE PACJENTOWI PODCZAS BADANIA MR

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje, miałem/am możliwość zadawania pytań oraz uzyskałem/am zrozumiałe, wyczerpujące odpowiedzi i nie mam więcej uwag. Oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym oraz że nie zataiłem/am żadnych istotnych informacji. W pełni świadomie oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania MR z moim udziałem.



 (data oraz czytelny podpis osoby współtowarzyszącej)

 (data oraz czytelny podpis elektroradiologa/pielęgniarki)