

FORMULARZ MEDYCZNY PRZED BADANIEM METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Imię i nazwisko pacjenta		PESEL / data urodzenia	
Data badania	Dzień cyklu (dotyczy kobiet)	Wiek	Waga
Deklarowany rodzaj badania MR		Numer telefonu	

W trosce o bezpieczny przebieg oraz wysoką jakość badania, prosimy o dokładne przeczytanie i wypełnienie formularza. Żadne podane informacje nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne. Właściwą odpowiedź proszę oznaczyć **wstawiając znak „X”**. W przypadku wątpliwości, należy zwrócić się do personelu pracowni.

	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani kiedykolwiek wykonane badanie metodą rezonansu magnetycznego?		
Czy podczas badania MR podano środek kontrastowy?		
Czy w przeszłości wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne po podaniu środka kontrastowego w trakcie badania MR? (np. pokrzywka, wymioty)		
Czy ma Pan/Pani lęk przed przebywaniem w przestrzeniach zamkniętych/klaustrofobię?		
Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży? (dotyczy kobiet)		
Czy karmi Pani piersią? (dotyczy kobiet)		
Czy miał/a Pan/Pani uraz ciała/oka , w wyniku którego pozostało metaliczne ciało obce, np. opiłek, odprysk, kula postrzałowa, odłamek, wióra metalowe?		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzycę, astmę, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, choroby tarczycy, choroby nerek? (proszę podkreślić właściwe),inne.....		
Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW typu B lub WZW typu C?		
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki? Jeśli tak, to jakie?		
Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Jeśli tak, to jakie?		

Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? (niektóre pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzananiu, co stwarza niebezpieczeństwo) (proszę podkreślić właściwe)

	TAK	NIE
rozrusznik 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 (protezę zębową, most, aparat ortodontyczny itp.)		
protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, itp.		
pompę insulinową, pompy do podawania leków?		
makiaż trwałe, tatuaż, biżuterię, metalowa wkładkę wewnątrzmaciczną (spirale)		
inne wszczepione elementy metalowe, jeśli tak, to jakie?		

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 pacjent podczas wypełniania formularza oraz rozmowy z osobą wykonującą badanie zataił ich obecność.

- Rozpoznanie, dolegliwości, przebyte choroby, urazy dotyczące badanej okolicy (co ma wyjaśnić badanie?)

.....

- W przypadku przebytych chorób **nowotworowych**: (proszę podać datę ostatniego zabiegu)

Rozpoznanie (rodzaj nowotworu, kiedy zdiagnozowano?)

Operacja Radioterapia Chemioterapia

- Przebyte badania diagnostyczne **badanej okolicy**: (proszę podać datę ostatniego badania)

USG RTG PET/SPECT

TK MR BIOPSJA

Scyntygrafia, endoscopia (gastro- kolono- rektoscopia), inne badania diagnostyczne.....

.....

- Oryginalna dokumentacja medyczna pozostawiona na czas wykonania opisu badania

– **dokumentacja papierowa**.....

– **płyta CD/DVD**: MR (szt:), TK (szt:), RTG (szt:), inne (szt:)

ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA MR

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje, miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących badania oraz że 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 o stanie mojego zdrowia. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania MR.



.....
 (data oraz czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

.....
 (data oraz czytelny podpis elektroradiologa/pielęgniarki)

ŚWIADOMA ZGODA NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO (jeśli dotyczy)

Często dla lepszego różnicowania tkanek i pogłębienia diagnostyki konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego, który w rzadkich przypadkach może wywołać reakcje niepożądane. Do jego podania wymagany jest aktualny wynik kreatyniny (nie starszy niż 14 dni) oraz bycie na czczo co najmniej 4 godziny (2 godziny w przypadku chorych na cukrzycę).

Jestem świadomy/ma możliwości wystąpienia powikłań związanych z podaniem środka kontrastowego, a także ograniczonej wartości diagnostycznej badania bez jego zastosowania. W związku z powyższym oświadczam, że wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego.



.....
 (data oraz czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego)

.....
 (data oraz czytelny podpis pielęgniarki)

ŚRODEK KONTRASTOWY: Podano w ilości