Numer badania:	

KARTA WEWNĘTRZNA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię i nazwisko Pacjenta:		PESEL:	

Data badania:		Rodzaj badania:	

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane jedynie w celu bezpiecznego wykonania badania MR. Ankietę wypełnia Pacjent lub jego prawny Opiekun. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz dobrania odpowiedniego środka kontrastowego przed badaniem. **Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź:**

1.	Czy w przeszłości było wykonywane badanie obrazowe(TK, MR, RTG, USG), okolicy ciała badanej w dniu dzisiejszym? Jeśli **TAK** jakie**:**		TAK ☐	NIE ☐
2.	Przebyte zabiegi operacyjne. Proszę podać rodzaj i datę wykonania.		TAK ☐	NIE ☐
3.	Czy wystąpiły reakcje alergiczne na gadolinowy środek kontrastowy?	TAK ☐	NIE ☐	NIE WIEM ☐
4.	**Czy Posiada Pan/Pani: ciała metaliczne w organizmie np.:**			
5.	rozrusznik serca ☐	pompa insulinowa, inne urządzenia podające leki ☐		
	sztuczna zastawka serca ☐	tatuaż ☐		
	klipsy naczyniowe ☐	endoproteza, stabilizatory ☐		
	neurostymulatory lub inne implantowane stymulatory ☐	metalowe szwy, metalowe opiłki ☐		
	implant słuchowy ☐	metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) ☐		
	proteza oczna, zębowa, aparat ortodontyczny, endoprotezy ☐			
	inne? Jeżeli TAK, proszę podać jakie, gdzie są zlokalizowane i z jakiego metalu lub stopu są wykonane:			
6.	Czy występują u Pana/Pani na choroby nerek?		TAK ☐	NIE ☐
7.	Czy ma Pan/Pani klaustrofobię?		TAK ☐	NIE ☐
8.	Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa, że jest w ciąży?		TAK ☐	NIE ☐
9.	Czy w ciągu ostatnich 4 dni był podawany środek kontrastowy?		TAK ☐	NIE ☐
10.	**W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego WYRAŻAM ZGODĘ na jego dożylne podanie (w przypadku zaznaczenia NIE, możliwe jest obniżenie wartości diagnostycznej badania). Jestem świadomy/świadoma możliwości wystąpienia objawów niepożądanych** Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić najczęściej bóle głowy, nudności. Sporadycznie odnotowano zatrzymanie akcji serca i ciężkie reakcje alergiczne		TAK ☐	NIE ☐

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a podane odpowiedzi są zgodne z prawdą.
Cel wykonania badania jest dla mnie jasny i zostałem/am poinformowany/a o procedurze badania, także o potrzebnie podania dożylnie środka kontrastowego w czasie badania. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia objawów niepożądanych, ale dobrowolnie i **świadomie zgadzam się na wykonanie badania**.

Zatwierdził:

Data i podpis pacjenta lub prawnego opiekuna: