



NUMER BADANIA: / MR / 20.....

KARTA WEWNĘTRZNA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

NAZWISKO I IMIĘ
PACJENTA:

NR PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LUB *DATA URODZENIA:

DD / MM / YYYY

*NR DOKUMENTU
TOŻSAMOŚCI:

.....
*tylko dla Pacjentów nieposiadających numeru PESEL

DATA BADANIA:

RODZAJ BADANIA:

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane jedynie w celu bezpiecznego wykonania badania MR.
Ankiety wypełnia Pacjent lub jego prawny Opiekun.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznej do wybrania właściwego sposobu leczenia
oraz wybrania odpowiedniego środka kontrastowego przed badaniem.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

1. Czy w przeszłości było wykonywane badanie obrazowe, okolice ciała badanej w dniu dzisiejszym?
(np. TK, MR, RTG, USG)

- ☐ TAK (jakie i kiedy):
☐ NIE

2. Przebyte zabiegi operacyjne?

- ☐ TAK (jakie i kiedy):
☐ NIE

3. Czy posiada Pan/ Pani ciała obce lub elementy metaliczne w organizmie?

- ☐ TAK (proszę zaznaczyć, które):
- ☐ rozrusznik serca
 - ☐ sztuczna zastawka
 - ☐ klipsy naczyniowe
 - ☐ neurostymulatory lub inne implantowe stymulatory
 - ☐ proteza oczna
 - ☐ proteza zębowa
 - ☐ aparat ortodontyczny / ☐ metalowy retainer
 - ☐ implant słuchowy
 - ☐ pompa insulinowa lub inne urządzenie podające leki np. sensor
 - ☐ endoprotezy
 - ☐ stabilizatory
 - ☐ metalowe szwy lub opłuki
 - ☐ tatuaż (jeśli był wykonany do 6 tygodni poinformuj personel)
 - ☐ metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) rodzaj:
 - ☐ inne, rodzaj i lokalizacja:
- ☐ NIE POSIADAM

4. Czy ma Pan/ Pani klaustrofobię?

- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

5. Czy w razie konieczności zastosowania środka kontrastowego WYRAŻA Pan/ Pani zgodę na jego dożylne podanie (prosimy szczegółowo zapoznać się z poniższymi oświadczeniami)?

- ☐ TAK
☐ NIE

PYTANIA DLA OSÓB WYRAŻAJĄCYCH ZGODĘ NA PODANIE KONTRASTU

- ☐ DOTYCZY
☐ NIE DOTYCZY

1. Czy w przeciągu czterech dni był podany jakikolwiek środek kontrastowy?

- ☐ TAK (jaki i kiedy):
☐ NIE

2. Czy choruje Pan/ Pani na nadciśnienie, astmę, choroby nerek, choroby zakaźne (np. HIV, AIDS, WZW)?

- ☐ TAK (jakie): Czy leczy je Pan/ Pani?
☐ NIE

3. Czy ma Pan/ Pani uczulenie na leki?

- ☐ TAK (jakie):
☐ NIE

4. Czy wystąpiły reakcje alergiczne na gadolinowy środek kontrastowy?

- ☐ TAK (jakie i kiedy):
☐ NIE
☐ gadolinowy środek kontrastowy nigdy nie był podawany

5. Ostatnio spożyty posiłek:

DATA: GODZINA:

PYTANIA DLA KOBIET

- ☐ DOTYCZY
☐ NIE DOTYCZY

1. Czy jest Pani w ciąży lub ją podejrzewa?

- ☐ TAK
☐ NIE

2. Data ostatniej miesiączki:

- ☐ DATA: ☐ NIE DOTYCZY

3. Czy karmi Pani piersią?

- ☐ TAK ☐ NIE DOTYCZY

OŚWIADCZENIA

NAZWISKO
I IMIĘ PACJENTA:

PESEL/
DATA UR.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 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/na o procedurze badania.
- Oświadczam, że wszystkie informacje dotyczące ciał obcych, elementów metalicznych w moim organizmie (punkt 3 ankiety) podałem/am zgodnie z prawdą.
Jestem świadomy/a, że zatajenie lub nieprawidłowe podanie tych informacji może stanowić bezpośrednie zagrożenie dla mojego zdrowia i życia podczas badania rezonansem magnetycznym.
Pracownia Rezonansu Magnetycznego nie ponosi odpowiedzialności za skutki wynikające z nieujawnienia przeze mnie informacji o obecności ciał obcych lub elementów metalicznych w organizmie.
- Oświadczam, że zostałem/em poinformowany/na, iż do badań kontrastowych należy posiadać skierowanie od lekarza, a o podaniu kontrastu decyduje lekarz radiolog.
Wiem, że po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje alergiczne takie jak np.: nudności, wysypka, świąd skóry, ból głowy, sporadycznie zatrzymanie akcji serca lub ciężkie reakcje alergiczne.
- Oświadczam, że zostałem/em poinformowany/na, że badanie bez kontrastu może mieć obniżoną wartość diagnostyczną a niezastosowanie się do poleceń elektrolodologa może skutkować nieczytelnym obrazem badania (wystąpieniem tzw. artefaktów).
- Oświadczam, że jestem w pełni świadomy/ma, iż opis mojego badania trwa do **7 dni roboczych** (liczone od kolejnego dnia roboczego po badaniu MR, bez weekendów i dni świątecznych).
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z aktualnym cennikiem badań pracowni MR;
akceptuję ceny i zobowiązuję się do uiszczenia opłaty po wykonanym badaniu.
- Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie zgadzam się na wykonanie badania MR w dniu dzisiejszym.

ZATWIERDZIŁ:

DATA I PODPIS PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Osoby pomiędzy 16 a 18 rokiem życia są proszone o wyrażenie zgody
na badanie wraz z Rodzicem/ Opiekunem prawnym

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (dotyczy całej Diagnostyki Epione)

Czy upoważnia Pan/ Pani osobę trzecią (np. członka rodziny) do odbioru dokumentacji medycznej?

☐ TAK*: Imię i nazwisko:
Data urodzenia: DD / MM / RRRR lub PESEL:
Nr kontaktowy:

*w razie cofnięcia upoważnienia niezwłocznie poinformuję o tym pracownię MR na piśmie

☐ NIE

DATA I PODPIS PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

☐ ODBIÓR OSOBISTY

☐ E-MAILEM*:

☐ CD wydane razem z opisem

☐ CD wydane w dniu badania

.....
*oświadczam, że CD odbieram w dniu badania

DATA I PODPIS PACJENTA/ OPIEKUNA PRAWNEGO