Obraz zawierający Czcionka, tekst, Grafika, logo

Opis wygenerowany automatycznie Badanie Prywatne

Nr identyfikacyjny: ………………/CMR/2025

**ANKIETA PRZED WYKONANIEM BADANIA**

**PRZY UŻYCIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Imię i Nazwisko Pacjenta ……………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pesel wiek …………………………….

Data badania ………………………………… Waga ………….. Nr telefonu ……………………………….

Proszę wpisać jakie wykonujemy badanie: ……………………………………………………………………

Zgłaszane dolegliwości ( rodzaj, miejsce) …………………………………………………………………….

**INFORMACJE OGÓLNE**

Podczas badania MR pacjent znajduje się w polu magnetycznym. Średni czas badania to 30 min. Do pracowni MR nie wolno wnosić żadnych przedmiotów metalowych (kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, biżuterii itp.) Nieprzestrzeganie powyższych zasad może spowodować uszkodzenie aparatu MR, wniesionych przedmiotów oraz narazić na niebezpieczeństwo personelu i pacjenta**. Bezwzględnym przeciwskazaniem do wykonania badania jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego pracę serca (rozrusznika). Nie zaleca się wykonywania badania MR w I trymestrze ciąży.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi** | **TAK** | **NIE** |
| Czy jest Pani w ciąży? ( \*Panów pytanie nie dotyczy ) |  |  |
| Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR? |  |  |
| Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podania środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy ? Jakie:…………………………………………….. |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? |  |  |
| Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opiłek, odłamek itp.? ( zalicza się również uraz oka przez opiłek) |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzyce, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? \* proszę podkreślić właściwe |  |  |
| Czy jest Pan/Pani nosicielem HIV, WZW B LUB WZW C? \* proszę podkreślić właściwe |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię lub zaburzenia z krzepliwością krwi ? |  |  |
| Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek? |  |  |
| Czy jest Pan/Pani uczulona na leki kontrastowe?  Jeśli tak to jakie …………………………………………………………………………… |  |  |
| Czy choruje Pan/Pani na astmę? |  |  |
| Czy stwierdzono u Pana/Pani alergie? Jaką ………………………………………………. |  |  |
|  | | |
| **Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? Niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzaniu.** | **Tak** | **Nie** |
| - rozrusznik serca, elektrody rozrusznika lub implantowaną sztuczną zastawkę serca |  |  |
| - klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne |  |  |
| - protezę naczyniową (stent), spirale lub filtry wewnątrz naczyniowe |  |  |
| - implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy |  |  |
| - implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków |  |  |
| - protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe |  |  |
| - port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną |  |  |
| - protezę zębową, most, metalowe zęby, itp. |  |  |
| -protezę kończyn lub stawu, jakiekolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, płytki, itp. |  |  |
| - wkładkę antykoncepcyjną |  |  |
| - makijaż trwały, tatuaż |  |  |

**Wypełnia pacjent ( właściwe podkreślić oraz oznaczyć X)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Do badania pacjent dostarczył** | **X** |
| **CD( badania MR, TK, RTG)** |  |
| **Klisze** |  |
| **Dokumentacje papierową ( wyniki bada, USG, opisy badań, historię choroby, PSA, wypis ze szpitala, dokumentacja pooperacyjna)** |  |
| **Brak dokumentacji** |  |

Informujemy, że wynik badania wydajemy pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta( wymagane upoważnienie pisemne złożone osobiście w rejestracji). **Niedostarczenie przez pacjenta w dniu badania poprzednich badań uniemożliwia lekarzowi opisującemu porównania obrazów aktualnych z poprzednimi co skutkuje nie wykonaniem badania MR.**

**Ja, niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i świadomie wyrażam zgodę na badanie z wykorzystaniem Rezonansu Magnetycznego.**

**………………………………………………**

**Data i czytelny podpis pacjenta**

W przypadku pacjenta niepełnoletniego między 16-18 r.ż. zgoda równoległa opiekuna prawnego

………………………………………………………

Data i podpis opiekuna prawnego

*Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., 101, poz. 926, ze zm.) informujemy że Administratorem Danych Osobowych jest Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.k z siedzibą w Rakoniewicach, ul. Ogrodowa 11a. Państwa dane osobowe przetwarzane są w zakresie określonym przepisami prawa w celu realizacji usług medycznych. Mają Państwo prawo do wglądu, aktualizowania i poprawiania swoich danych osobowych*.

\*\*) w przypadku Pacjentki/Pacjenta niepełnoletniego

- poniżej 16-go roku życia- oświadczenie podpisuje ustawowy przedstawiciel Pacjentki/ Pacjenta

- w wieku 16-18 lat- oświadczenie pospisuje Pacjent/ Pacjentka oraz ustawowy przedstawiciel

**Wypełnia Centrum Medyczne Iwona Zys Sp.k**

**Badania dostarczone przez pacjenta: …………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………….**

**Data i czytelny podpis pracownika przyjmującego pacjenta**

|  |
| --- |
| **Wypełnia pracownik Diagnostyki Obrazowej:**  Ankieta została przyjęta i sprawdzona przez technika: data …………………… Czytelny podpis ……………………………………… |