

ANKIETA DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZYM [MR] Z KONTRASTEM

WYPEŁNIA PACJENT

O tym, jak należy przygotować się do badania, można przeczytać na www.wizjamed.pl

Imię i nazwisko	<input type="text"/>											
Adres	<input type="text"/>											
Telefon	<input type="text"/>	Waga	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

Pytania dotyczące kobiet	TAK / NIE	TAK / NIE
Czy jest Pani w ciąży?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Czy ma Pani wewnętrzny środek antykoncepcyjny?
Czy karmi Pani piersią?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1. Badany narząd / okolice ciała _____
2. Czy wykonano Pani/Panu badania rezonansem magnetycznym? Jeśli tak to kiedy i jakiej części ciała? Proszę podać nazwę pracowni, w której było wykonane poprzednie badanie. _____

3. Proszę podać dolegliwości. Jeśli wystąpił uraz, proszę napisać kiedy i jaki? _____

4. Czy była Pani/był Pan kiedykolwiek operowana/y? Jeśli tak, to kiedy i jaki rodzaj operacji? _____

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

	TAK / NIE	TAK / NIE
5. Czy jest Pani/Pan na czczo (4-6 godzin)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Posiadam rozrusznik serca.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posiadam zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym.
Posiadam defibrylator - kardiowerter.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posiadam elementy stabilizujące kości, stawy.
Posiadam sztuczną zastawkę serca.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posiadam metalowe fragmenty, opiłki w gałce ocznej (np. żelaza) protezę oczną.
Posiadam ciało metaliczne (np. pooperacyjne klipsy metalowe).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posiadam implant słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym.
Posiadam metalowe stenty, filtry.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posiadam szyny, szwy metalowe lub inne metaliczne ciała obce.
Posiadam elektroniczne implanty, neurostymulatory.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posiadam tatuaż lub makijaż permanentny.
Posiadam protezę zębową, koronkę, mostek, aparat ortodontyczny.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posiadam inne urządzenia lub przedmioty wewnątrz ciała.
Posiadam metalowe gwoździe ortopedyczne, śruby, metalowe protezy stawów?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Posiadam pompę insulinową.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Posiadam wenflon lub inny dostęp naczyniowy.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Wymień jakie: <input type="text"/>

ANKIETA DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZYM [MR] Z KONTRASTEM

WYPEŁNIA PACJENT

O tym, jak należy przygotować się do badania, można przeczytać na www.wizjamed.pl

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

	TAK / NIE		TAK / NIE
Czy ma Pani/Pan upośledzoną czynność /niewydolność nerek lub jest Pani/Pan poddawana/y dializie?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Czy choruje Pani/Pan na nadczynność tarczycy?	<input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/>
		*Jeżeli TAK- do badania konieczne jest dostarczenie wyników poziomu TSH	<input type="text"/>
Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę?	<input type="checkbox"/> * <input type="checkbox"/>	Czy miał(a) Pan/Pani kiedykolwiek podawane środki kontrastowe?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
*Proszę podać nazwy leków:	<input type="text"/>	Czy po podaniu kontrastu wystąpiła reakcja alergiczna?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Czy jest Pani/Pan uczulona/y na jod?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem, np.

Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pani/Pana:

	TAK / NIE		TAK / NIE
astma lub alergia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	zaburzenia rytmu serca? Czy choruje Pani/Pan na choroby układu sercowego?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jeśli tak, na co jest Pani/Pan uczulona/y?	<input type="text"/>	lęk przed przebywaniem w zamkniętych pomieszczeniach (klaustrofobia)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		omdlenia lub utrata przytomności?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

WYPEŁNIA PACJENT

Do badania Pacjent dostarczył:

CD klisze dokumentacja papierowa

Informujemy, że wyniki badania wydajemy pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta (wymagane upoważnienie pisemne złożone osobiście w rejestracji). Niedostarczenie przez pacjenta w dniu badania wyników poprzednich badań, uniemożliwia lekarzowi opisującemu porównanie obrazów aktualnych z wcześniejszymi.

Oświadczam, że ww. treść jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Data

Czytelny podpis pacjenta

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na wykonanie u mnie mojego dziecka mojego podopiecznego badania rezonansem magnetycznym. Zostałam/tem poinformowana/ny o rodzaju badania i sposobie przygotowania do badania. Miałam/tem możliwość zadawania pytań i otrzymałam/tem zrozumiałą odpowiedź. Wyrażam zgodę na ponowne stawienie się na badanie, jeśli lekarz podczas opisu stwierdzi, że jest to konieczne.

Data

Czytelny podpis pacjenta

ANKIETA DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZYM [MR] Z KONTRASTEM

WYPEŁNIA PACJENT

1. Informujemy, że po podaniu kontrastu mogą wystąpić niepożądane reakcje: zawroty głowy, senność, zaburzenia widzenia i smaku, pokrzywka, świąd, niepokój, uczucie duszności, uczucie ciepła lub gorąca, zaczerwienienie w miejscu podania lub krwiak, krwawienie w miejscu wkłucia, bóle głowy, pleców lub ból w klatce piersiowej, nudności, wymioty, obrzęk powiek, twarzy, krtani, zatrzymanie czynności oddechowej, nagły i znaczny spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zatrzymanie czynności serca.
2. Po podaniu środka kontrastowego pacjent pozostaje w poczekalni ok. 30 min. W przypadku złego samopoczucia należy zgłosić się do personelu medycznego.
3. W pierwszej dobie po badaniu zaleca się wypicie ok. 2,5 litra wody niegazowanej.
4. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

Oświadczam, że zapoznałam/tem się z działaniami niepożądanymi, jakie mogą wystąpić po dożylnym podaniu środka kontrastowego i wyrażam zgodę na jego podanie.

Data

Czytelny podpis pacjenta

Zostałam/tem poinformowana/y, że opis badania będzie dostępny po upływie maksymalnie 10 dni roboczych od dnia badania.

Data

Czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA PACJENT WYKONUJĄCY BADANIE MR W RAMACH NFZ.

Ja, niżej podpisana/ny oświadczam, że w dniu wykonania badania MR nie podlegam opiece długoterminowej i hospitalizacji. Oświadczam również, że w dniu wykonania badania MR nie wykonałam/tem badań diagnostycznych MR w ramach NFZ w innych podmiotach leczniczych. Przyjmuję do wiadomości (na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), że w przypadku oświadczenia nieprawdy pokryję pełny koszt wykonywanego badania zgodnie z obowiązującym cennikiem (dotyczy badań NFZ).

Data

Czytelny podpis pacjenta

WYPEŁNIA wizjaMED

Zapoznałam/tem się z treścią niniejszej ankiety i skierowania.

ZALECAM/NIE ZALECAM
podanie kontrastu w ilości.

Data badania

Podpis pielęgniarki

Podpis technika

Podpis lekarza