

**Pracownia Rezonansu Magnetycznego Zakładu Diagnostyki Obrazowej  
CDT MEDICUS w Lubinie**

**WYWIAD DLA TECHNIKA ELEKTORADIOLOGII/PIELĘGNIARKI (POUFNE)**

Data badania: .....

Nazwisko: .....

PESEL

M	K																		

Imię: .....

Płeć

Telefon: .....

(WYPEŁNIA TECHNIK)

Rodzaj badania .....

Kontrast .....

**INFORMACJE OGÓLNE**

Podczas badania MR pacjent znajduje się w polu magnetycznym. Średni czas badania to 30-60 min. Towarzyszy mu okresowy hałas, zależny od fazy badania. Pacjenci otrzymują stopery uszne/słuchawki. W czasie badania należy pozostawać w bezruchu.

W trakcie badania może zaistnieć potrzeba dożylnego podania środka kontrastującego (po jego podaniu mogą wystąpić reakcje rzekomoanafilaktyczne). Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie na obserwacji po badaniu w pracowni przez okres 15-30 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 i wniesionych przedmiotów oraz narazić na niebezpieczeństwo obsługę lub pacjenta.

**Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego pracę serca (rozzrusznika). Nie zaleca się wykonania badania MR w I trymestrze ciąży.**

**Prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety:**

Ciężar ciała (kg): ....., wzrost: ....., wiek .....

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

<i>Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:</i>	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR (rezonans magnetyczny) ?		
Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy ?		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię ?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opiłek, odłamek, itp.?		
Czy miał/a Pan/Pani uraz oka spowodowany metalicznym ciałem obcym, np. opiłkiem, odpryskiem, wiórem metalowym ? Jeśli TAK, konieczne jest wykonanie badania <b>RTG oczodolów</b> przed wykonaniem badania NMR.		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: <b>cukrzycę, astmę oskrzelową,</b>		

<b>padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? *proszę podkreślić właściwe</b>		
Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?		
Czy jest Pan/Pani uczulony na leki, środki kontrastowe ? Jeśli tak to jakie.....		
Czy były wykonywane zabiegi, operacje ? (proszę podać jakie i kiedy)		

**Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzanu)**

- rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
- klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne*		
- protezę naczyniową (stent), spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe*		
- implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
- implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków*		
- implantowaną sztuczną zastawkę serca,		
- protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe**		
- port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną**		
- protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.		
- protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne:gwoździe, śruby, druty, pręty, płytki itp.*		
- wkładkę antykoncepcyjną		
- makijaż trwały, tatuaż		

**\*prosimy o dostarczenie dokumentacji zawierającą informacje o implantach (paszport,karta informacyjna ze szpitala)**

**\*\* konieczne oświadczenie lekarza klinicysty o dopuszczeniu do badania MR**

Oświadczam, iż powyższe informacje są prawdziwe wg mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji .

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości powikłań związanych z badaniem oraz z podaniem środka kontrastującego i mimo to **wyrażam/nie wyrażam\*** świadomą zgodę na dożylnie podanie środka kontrastującego, oraz **wyrażam/nie wyrażam\*** świadomą zgodę na badanie.

W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastującego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję opóźnionej lub niedokończzonej/niepełnej diagnozy spowodowanej nie podaniem środka kontrastującego. \*niepotrzebne skreślić

.....  
(data i podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego)

Dokumentacja pozostawiona przez pacjenta do badania MR

Zdjęcia ..... szt

Płyta CD ..... szt

Opisy badań ..... szt

Inne (jakie ?) .....

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego .....