



TERMIN BADANIA ..... Godz .....

**7 dni przed terminem proszę potwierdzić wizytę tel. 748365031**

**NA BADANIE ZABRAĆ :**

- Dokumenty medyczne :wypisy ze szpitala , RTG, MRI,TK,
- wynik kreatyniny z krwi ( jeśli badanie jest z kontrastem)
  - strój bawełniany
  - zmyć makijaż
- 2 godz. przed badaniem nie spożywać posiłków
- dzień wcześniej pić 1,5 l niegazowanej wody
- w dniu badania przyjąć leki zlecone przez lekarza- popić wodą

Możemy wysłać opis badania pocztą – w tym celu proszę przynieść zaadresowaną kopertę ze znaczkiem poleconym .

---

**ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM**

**ORAZ PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO**

Ja niżej podpisany/a wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego w PZOZ „Przychodnia Miejska” Pieszycy w Pracowni Obrazowej i Radiologii według obowiązujących standardów i zgodnie ze sztuką i wiedzą medyczną.

Informuję również, iż jest mi znana metoda wykonania rezonansu magnetycznego a wszelkie wątpliwości z możliwości wystąpienia jakichkolwiek skutków ubocznych zostały wyjaśnione w sposób zrozumiały przez personel zatrudniony w POiR i oświadczam, że nie będę rościł/a w przyszłości żadnych pretensji.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, przyjmowania leków, będąc świadomym wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

(W przypadku badania ze środkiem kontrastowym )

Oświadczam, że zostały mi przedstawione wyczerpujące informacje o ryzyku wystąpienia powikłań po podaniu środka kontrastowego( ze wstrząsem uczuleniowym, i śmiercią włącznie). Jednocześnie wyrażam świadomą zgodę na podanie mi zgodnie z obowiązującymi normami medycznymi środka kontrastowego przy użyciu certyfikowanej strzykawki automatycznej lub dożylnie przez dyplomowaną pielęgniarkę zatrudnioną w POiR.

Decyzję o podjęciu zgody wyrażam świadomie, samodzielnie, mając na to wystarczającą ilość czasu.

Pieszycy, dnia.....

.....  
**czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna**



# ANKIETA PACJENTA

W GABINETACH REZONANSU MAGNETYCZNEGO WYSTĘPUJE BARDZO SILNE POLE MAGNETYCZNE!!!

PROSIMY UWAŻNIE WYPEŁNIĆ ANKIETĘ, GDYŻ PRZEBYWANIE W ZASIĘGU POLA MOŻE BYĆ BARDZO NIEBEZPIECZNE DLA NIEKTÓRYCH OSÓB.

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EWENTUALNE SKUTKI WYNIKAJĄCE Z PODANIA NIEPRAWIDŁOWYCH INFORMACJI PONOSI OSOBA BADANA LUB JEJ PRAWNY OPIEKUNA**

Imię i nazwisko pacjenta.....PESEL.....

Wzrost..... Wiek ..... Waga.....

<b><u>ROZRUSZNIK SERCA JEST BEZWZGLĘDNYM PRZECIWSKAZANIEM DO WYKONANIA BADANIA !!!</u></b>	TAK	NIE
<b>PYTANIA</b>	✓	✓
Czy pacjent/ka ma rozrusznik serca, kardiowerter defibrylator ,by-pass, stymulator serca?		
Czy pacjentka jest w ciąży?		
Czy pacjentka ma wkładkę antykoncepcyjną?		
Czy pacjent/ka ma pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?		
Czy pacjent/ka sztuczną zastawkę serca ,protezę naczyniową (stent), klipsy naczyniowe, filtr żyły głównej?		
Czy pacjent/ka ma implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, stabilizatory, kręgosłupa itp.?		
Czy pacjent/ka ma implanty zębowe, protezę zębów, mostki, korony, plombę amalgamatową, kłamry zębowe?		
Czy pacjent/ka ma neurostymulator lub inne biostymulatory?		
Czy pacjent/ka ma metaliczne elementy w ciele: kula postrzałowa, odłamki metali (ciało obce)?		
Czy pacjent/ka ma tatuaż lub makijaż trwałe?		
Czy pacjent/ka ma sztuczną skórę , perukę ,sztuczne włosy mocowane za pomocą metalowych elementów?		
Czy pacjent/ka ma aparat słuchowy, implant ślimakowy ,miał plastikę kosteczek słuchowych?		
Czy pacjent/ka cierpi na klaustrofobię (lęk przed zamkniętym pomieszczeniem)?		
Czy pacjent/ka ma niewydolność serca , nadciśnienie?		
Czy pacjent/ka ma gorączkę , jest mocno spocony lub jest wrażliwy na podwyższenie temperatury ciała?		
Czy pacjent/ka chorował/a lub choruje na poważne schorzenia nerek?		
Czy pacjent/ka jest uczulony/a na środki kontrastowe, leki, pokarmy, inne substancje?		
Czy pacjent/ka ma termoizolacje na ciele (np. opatrunek gipsowy, opatrunek plastyczny lub inny)?		
Czy pacjent/ka przeżyła zabieg chirurgiczny ,ortopedyczny, neurochirurgiczny?		

Wszelkie informacje medyczne zawarte w tej ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Oświadczam ,iż treść niniejszej ankiety jest dla mnie zrozumiała a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego ponoszę osobiście.

**Data wypełnienia**

**Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna**

.....

.....