

**Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie
Zakład Diagnostyki Obrazowej**

ZGODA NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO strona 1 z 2

Data badania PESEL

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

Imię i nazwisko Dzień cyklu miesięczkowego

Rodzaj badania MR Ciężar ciała kg Wiek

Uprzejmie prosimy o uzupełnienie wszystkich otrzymanych dokumentów

	WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ	
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR?	TAK	NIE
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed małym, ciasnym pomieszczeniem)?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani uraz ciała/oka, w wyniku którego pozostał w Pana/Pani organizmie metalowy opitek, odprysk, obiekt?	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na chorobę nerek, cukrzycę, nadciśnienie, astmę, padaczkę? (proszę podkreślić właściwe), inne	TAK	NIE
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki? Jeśli tak, to jakie?	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani wykonywane operacje badanej okolicy? Jeśli tak, proszę wymienić i podać daty:	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	TAK	NIE
<u>Wyrażam zgodę na podanie środka kontrastowego</u>	TAK	NIE

Czy posiada Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? (* proszę podkreślić właściwe)

stymulator serca (rozrusznik) lub jego elementy, implantowaną sztuczną zastawkę serca *	TAK	NIE
klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne, stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe, zastawkę neurochirurgiczną *	TAK	NIE
implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy *	TAK	NIE
implantowaną pompę insulinową, przyrząd do podawania leków, port naczyniowy *	TAK	NIE
protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe, protezę zębową, most, metalowe zęby, aparat ortodontyczny itp.*	TAK	NIE
protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki itp. *	TAK	NIE
makijaż trwały, tatuaż, wkładka domaciczna, inne *	TAK	NIE

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego, który wyjątkowo może wywołać reakcje alergiczne. Do podania środka kontrastowego wymagany jest aktualny wynik kreatyniny oraz bycie na czczo co najmniej 4 godziny (2 godziny w przypadku chorych na cukrzycę) Do pomieszczenia skanowania nie można wносить żadnych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo personel lub pacjenta. Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta stymulatora serca. Nie zaleca się wykonywania badania MR w pierwszym trymestrze ciąży. Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Podczas badania MR panuje duży hałas. Personel Pracowni MR zapewni Państwu środki ochrony słuchu w postaci stoperów lub słuchawek. Wynik badania może być odebrany wyłącznie osobiście lub przez osobę upoważnioną.

Oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem tego badania oraz ewentualne powikłania po podaniu środka kontrastowego.

Na pytania w ankiecie odpowiedziałem/am zgodnie ze stanem faktycznym. Miałem/am możliwość zadawania pytań.

Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje.

.....
data i czytelny podpis pacjenta
podpis lekarza
podpis personelu

Uzupełnij drugą stronę

- Rozpoznanie, dolegliwości, przebyte choroby, urazy, ...

.....

.....

.....

- Promieniowanie bólu kręgosłupa do kończyny GÓRNEJ / DOLNEJ | PRAWEJ / LEWEJ (właściwie zakreślić)

- W przypadku przebytych chorób nowotworowych:

Rozpoznanie (rodzaj i umiejscowienie nowotworu, kiedy zdiagnozowano?).....

.....
(poniżej podać datę ostatniego zabiegu)

Operacja Radioterapia Chemioterapia

- Przebyte badania diagnostyczne badanej okolicy: (podać datę ostatniego badania)

USG..... RTG..... PET/SPECT.....

TOMOGRAFIA (CT)..... REZONANS (MR)..... BIOPSJA.....

Scyntygrafia, endoskopia (gastro- kolono- rekto- skopia), inne badania z zakresu diagnostyki obrazowej

WYPEŁNIA TYLKO PERSONEL	ORYGINALNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA POZOSTAWIONA NA CZAS SPORZĄDZANIA OPISU BADANIA		
<ul style="list-style-type: none"> • MR • CT • RTG • INNE 	Płyta CD/DVD szt:	Zdjęcia RTG: szt:	Inna dokumentacja: szt:
		
	czytelny podpis pacjenta		
		

WYPEŁNIA TYLKO PACJENT ZE ŚWIADCZENIEM ODPŁATNYM	REZYGNACJA Z BADANIA WSPÓŁFINANSOWANEGO PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA
Rezygnuję z kolejki oczekujących na badanie metodą rezonansu magnetycznego w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jednocześnie wyrażam zgodę na wystawienie faktury wg obowiązującego w Pracowni Rezonansu Magnetycznego cennika badań i zobowiązuję się do pokrycia kosztów badania odpłatnego. Oświadczam, że w związku z poniesieniem opłaty za wykonanie badania nie będę wnosił żadnych roszczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia.	
Proszę o badanie (Nazwa badania z cennika)	
..... (data i czytelny podpis pacjenta)	

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
podpis personelu