

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

**ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO  
LUB TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**

W czasie badania MR pacjent przebywa na stałym polu magnetycznym. Czas przebywania w aparacie może wynosić nawet 60 min. Często dla diagnozy, konieczne jest podanie dożylnego środka kontrastowego (paramagnetyk), który może wywołać reakcję alergiczną (bardzo rzadko).

Do pomieszczenia nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta.

**Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania MR jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego serce (rozrusznik). Nie zaleca się wykonywania MR w I trymerze ciąży.**

**Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.  
Wybraną odpowiedź prosimy koniecznie obramować kółkiem.**

1	W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie TK (Tomograf Komputerowy) lub MR (Rezonans Magnetyczny), wymienić jakie: .....	TAK	NIE
2	Rozrusznik serca	TAK	NIE
3	Ciała metaliczne w organizmie, np.: proteza zębowa, koronka, aparat ortodontyczny, itp.... wymienić jakie: .....	TAK	NIE
4	Zabiegi operacyjne (wymienić jakie/rok ?) .....	TAK	NIE
5	Operacyjne założenie metalowych elementów: (gdzie są zlokalizowane i z jakiego metalu lub stopu są wykonane ?) np. sztuczna zastawka serca, implant słuchowy, pompa insulinowa, endoproteza, stend, śruby, szyny, klipsy i inne). Nie wiem ? .....	TAK	NIE
6	Czy ma Pan/Pani metalowe opiłki w oku - np. podczas racy w przemyśle ciężkim	TAK	NIE
7	Obecna ciąża	TAK	NIE
8	Domaciczna wkładka antykoncepcyjna	TAK	NIE
9	Reakcje alergiczne (uczulenia na środki kontrastowe, leki, jakie ?) .....	TAK	NIE
10	Klaustrofobia	TAK	NIE
11	Astma lub alergia	TAK	NIE
12	Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
13	Choroby serca	TAK	NIE
14	Choroby nerek	TAK	NIE
15	Choroby wątroby	TAK	NIE
16	Paraproteinemia (szpiczak, choroba Waldenstroma)	TAK	NIE
17	Choroby tarczycy	TAK	NIE
18	Cukrzyca, przyjmowanie leki (wymienić jakie ?) .....	TAK	NIE
19	Zgadzam się na wykonanie badania MR/ TK	TAK	NIE
20	Zgadzam się na podanie środka kontrastowego dożylnie	TAK	NIE
21	Wyrażam zgodę na ewentualne ponowne stawienie się na badanie celem podania kontrastu, jeżeli lekarz podczas opisu stwierdzi, że podanie środka cieniującego jest konieczne.	TAK	NIE

**TREŚĆ ANKIETY JEST DLA MNIE ZROZUMIAŁA A ZAKREŚLONE ODPOWIEDZI SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM**

Data

Podpis pacjenta lub opiekuna

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Data badania: ..... Nr badania .....

Rodzaj badania: ..... Waga: ..... kg

**PACJENT DOSTARCZYŁ DO BADANIA MR / TK**

Zdjęcia ..... szt.

Płyty CD ..... szt.

Opis badań ..... szt.

Inne (jakie ?) ..... szt.

Wykonane sekwencje:

Zalecam podanie ..... ml  
.....  
drogą dożylną.

.....  
podpis lekarza

Uwagi: