

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza zaznaczając prawidłowe odpowiedzi znakiem X. Wszystkie informacje zawarte w kwestionariuszu objęte są tajemnicą i nie będą wykorzystywane do innych celów niż na potrzeby badania MR.

Czy posiada Pan/Pani:

Rozrusznik serca, neurostymulator?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Metalowe opiłki w ciele lub skórze?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Implant słuchowy?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Sztuczne metalowe zastawki serca?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Zastawki komorowe lub rdzeniowe?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Metalowe protezy stawów?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Metalowe mostki zębowe?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Szwy chirurgiczne z drutu?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy jest Pani, lub podejrzewa, że jest w ciąży?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MR

Ja niżej podpisany/a _____
wyrażam zgodę na wykonanie badania metodą Rezonansu Magnetycznego. Jednocześnie oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe. Przeczytałem/am całą zawartość tego formularza i miałem/am możliwość zadawania pytań odnośnie wykonywanego badania oraz, że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia niekorzystnych reakcji związanych z samym badaniem MR.

Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

ZGODA

NA DOŻYLNIE PODANIE PARAMAGNETYCZNEGO ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Dożylne podanie paramagnetycznego środka kontrastowego może powodować krótkotrwałe uczucie zimna w miejscu jego podawania. W nielicznych przypadkach mogą wystąpić niepożądane reakcje takie jak: nudności, wymioty, reakcje skórne, spadek ciśnienia lub reakcje anafilaktyczne.

Uprzejmie prosimy przed badaniem o wypełnienie poniższego kwestionariusza zaznaczając prawidłową odpowiedź znakiem X.

Czy wykonywano u Pana/ Pani badanie RM z podaniem kontrastu? Tak Nie

Czy wystąpiły wówczas jakiegokolwiek reakcje niepożądane? Tak Nie

Jeśli tak, to jakie?

Czy występuje u Pana/ Pani astma oskrzelowa, uczulenia, alergie? Tak Nie

Jeśli tak, to proszę wpisać, na co?

Czy występują u Pana/ Pani choroby nerek? (szczególnie niewydolność) Tak Nie

Czy występują u Pana/ Pani choroby układu nerwowego, padaczka? Tak Nie

Czy zgadza się Pan/ Pani na udzielenie informacji odnośnie nosicielstwa wirusa WZW typu B lub WZW typu C? Tak Nie

Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa WZW typu B lub WZW typu C? Tak Nie

Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy był Pan/Pani poddawany/a zabiegom operacyjnym, badaniom endoskopowym, pobieraniu krwi, wkłuciom dożylnym? Tak Nie

Czy korzystał Pan/Pani z gabinetów stomatologicznych, kosmetycznych, fryzjerskich, w czasie których mogło dojść do uszkodzenia skóry? Kiedy? Tak Nie

Poziom kreatyniny w surowicy krwi eGFR (wg MDRD) ml/min/1,73m²

Ja niżej podpisany/a _____ oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań związanych z dożylnym podaniem paramagnetycznego środka kontrastowego i będąc tego świadomy/a **wyrażam/nie wyrażam*** zgody na wykonanie badania MR z dożylnym podaniem kontrastu. W pracowni MR miałem/am możliwość zadawania pytań odnośnie wykonywanej procedury oraz uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie informacje. W przypadku braku zgody na dożylne podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję niepełnej diagnozy.

Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić