



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL	DATA BADANIA
.....

WZROST
.....
WAGA
.....

ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

W POKOJU BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO WYSTĘPUJE STAŁE I BARDZO SILNE POLE MAGNETYCZNE!!

PRZEBYWANIE W JEGO ZASIĘGU DLA NIEKTÓRYCH OSÓB MOŻE BYĆ BARDZO NIEBEZPIECZNE, PROSIMY ZATEM O UWAŻNE WYPEŁNIENIE ANKIETY.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EWENTUALNE SKUTKI WYNIKAJĄCE Z PODANIA NIEPRAWDZIWYCH ODPOWIEDZI PONOSI OSOBA BADANA LUB JEJ PRAWNY OPIEKUN.

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

PYTANIE	TAK	NIE
Czy pacjentka jest w ciąży?		
Czy pacjentka ma wkładkę antykoncepcyjną?		
Czy pacjent/ka ma rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator ?		
Czy pacjent/ka ma sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), filtr żyły głównej, klipsy naczyniowe?		
Czy pacjent/ka ma pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?		
Czy pacjent/ka ma neurostymulator lub inne biostymulatory?		
Czy pacjent/ka ma inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory kręgosłupa itp.?		
Czy pacjent/ka ma inne metaliczne elementy w ciele: kula postrzałowa, odłamki ?		
Czy pacjent/ka ma: protezę zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgamatowe?		
Czy pacjent/ka ma tatuaż lub makijaż trwałe?		
Czy pacjent/ka ma sztuczną skórę , perukę ,sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?		
Czy pacjent/ka ma aparat słuchowy , implant ślimakowy ,miał(a) plastikę kosteczek słuchowych?		
Czy pacjent/ka cierpi na klaustrofobię (lęk przed zamkniętym pomieszczeniem)?		
Czy pacjent/ka ma niewydolność serca?		
Czy pacjent/ka ma gorączkę, jest mocno spocony lub jest wrażliwy na podwyższenie temperatury ciała?		
Czy pacjent/ka ma termoizolację na ciele (np. opatrunek gipsowy ,opatrunek plastyczny lub inny, plastry lecznicze)?		
Czy pacjent/ka jest uczulony/a na środki kontrastowe, leki, pokarmy, inne substancje?		
Czy pacjent/ka chorował/a w przeszłości lub choruje na poważne schorzenia nerek?		

POZIOM KREATYNYNY
(WAŻNY 7 DNI OD DATY POBRANIA)

GFR

	TAK	NIE	RODZAJ I DATA
Czy pacjent/ka przeżył urazy (wypadki, złamania, stłuczenia)?			
Czy pacjent/ka choruje na chorobę zwyrodnieniową, reumatoidalną, RZS, ZZSK?			
Przeżył/a zabieg neurochirurgiczny?			
Przeżył/a zabieg ortopedyczny?			
Przeżył/a zabieg chirurgiczny?			

WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO

TAK

NIE

WYRAŻAM ŚWIADOMĄ ZGODĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

TAK

NIE