



ANKIETA KWALIFIKUJĄCA
DO BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Data badania

Nazwisko.....

Imię

PESEL.....

Waga Wzrost

Numer telefonu

Pacjent podczas badania MR przebywa w stałym polu magnetycznym, dlatego nie może posiadać przy sobie żadnych przedmiotów metalowych wrażliwych na działanie tego pola - np. zegarki, karty magnetyczne, telefon komórkowy, klucze, bilon, ozdoby we włosach, kolczyki itp. Niezastosowanie się do powyższego może grozić uszkodzeniem aparatu, uszkodzeniem wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta. **Pracownia nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenia sprzętu elektronicznego powstałe z winy pacjenta.** Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecane są wkładki wyciszające do uszu (stopery). Czas przebywania w aparacie może wynosić od 20-60 min i wymaga zachowania bezruchu w czasie badania.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego serce (rozrusznik).

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo proszę o rzetelne wypełnienie ankiety.
Należy zaznaczyć prawidłową odpowiedź ("X") we właściwej rubryce.**

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:	TAK	NIE
<i>Rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne lub implanty ślimakowe</i>		
<i>Pompa insulinowa, neurostymulator, biostymulator</i>		
<i>Metalowe opilki w ciele lub skórze</i>		
<i>Metalowe protezy stawów, śruby, płytki, gwoździe, protezy kości czaszki, stabilizatory</i>		
<i>Protezę zębową, implanty zębowe, plomby amalgamatowe</i>		
<i>Metalowe szwy chirurgiczne, stenty, spirale wewnątrznaczyniowe</i>		
<i>Dotyczy kobiet: metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)</i>		
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię (lęk przed zamkniętą przestrzenią)?		
Czy jest uczulona/y na leki, pokarmy, środki kontrastowe, inne substancje? Jakie?		
Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek? Jeśli tak, to na jakie?		
Dotyczy kobiet: Czy istnieje prawdopodobieństwo, że jest Pani w ciąży? Data ostatniej miesiączki		
Czy ma Pan/Pani tatuaż lub makijaż permanentny?		

Uwagi:

.....
Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałam/-łem i zrozumiałam/-łem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym i biorę pełną odpowiedzialność za te informacje oraz zgadzam się na wykonanie badania.

.....
Data i podpis pacjenta/opiekuna

.....
Data i podpis osoby odbierającej ankietę