

# OŚWIADCZENIE DLA PACJENTA

## PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)



Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Data urodzenia .....

Nr telefonu .....

Waga ..... kg

Ze względu na bezpieczeństwo związane z przebywaniem w polu magnetycznym prosimy o wypełnienie ankiety (Proszę to zrobić dokładnie i uważnie !!)

### Proszę ZAKREŚLIĆ prawidłową odpowiedź w kółeczko:

Proszę podać czy wcześniej wykonano badanie rezonansem magnetycznym (MR), (zakres badania) .....	NIE	TAK
Proszę podać czy wcześniej wykonano badanie tomografem komputerowym (TK), (zakres badania) .....	NIE	TAK
Czy ma Pani/Pan wszczepiony rozrusznik serca (kardiowerter – defibrylator serca), który jest bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania rezonansu magnetycznego	NIE	TAK
Czy ma Pani/Pan metaliczne elementy w organizmie ..... (podać jakie, gdzie zlokalizowane i z jakiego stopu wykonane)	NIE	TAK
Proszę wymienić przebyte operacje (jakie i kiedy) ..... .....	NIE	TAK
Czy w czasie zabiegu założono metalowe klipsy (gdzie i jakie) .....	NIE	TAK
Czy może Pani/Pan mieć metalowe opłuki w oku	NIE	TAK
Czy jest Pani w ciąży (nie zaleca się wykonywania badania w I trymestrze ciąży)	NIE	TAK
Czy miała Pani/Pan podawane dożylnie środki kontrastowe podczas rezonansu lub tomografii	NIE	TAK
Czy zdarzyły się reakcje niepożądane (wysypka, reakcje alergiczne)	NIE	TAK
Czy jest u Pani/Pana planowany lub wykonany przeszczep wątroby	NIE	TAK
Czy choruje Pani/Pan na nerki	NIE	TAK
Zgadzam się na dożylnie podanie środka kontrastowego	NIE	TAK
Wyrażam zgodę na badanie	NIE	TAK

.....  
Data

.....  
Podpis pacjenta lub praw nego opiekuna

Wszystkie podane przeze mnie w ankiecie informacje dotyczące mojego stanu zdrowia, przebytych zabiegów chirurgicznych są zgodne z prawdą. Nie utajniłam (-em) żadnych informacji na powyższy temat. W przypadku przebytych zabiegów operacyjnych (kardiologicznych, okulistycznych, neurochirurgicznych, ortopedycznych, laryngologicznych) dostarczyłam (-em) zgodę lekarską na wykonanie badania MR.

**WERYFIKACJA OŚWIADCZENIA W DNIU WYKONANEGO BADANIA-BEZ ZMIAN** .....

Data

(Podpis pacjenta  
lub praw nego opiekuna)

**UWAGA :**

**W przypadku posiadania wkładki domacicznej pacjentka po badaniu MR powinna zgłosić się do lekarza ginekologa celem sprawdzenia prawidłowego położenia wkładki.**

**U pacjentów , u których są założone stenty , endoprotezy , metalowe zespolenia pooperacyjne (np. śruba w kolanie) wymaga się zaświadczenia o braku przeciwwskazań do wykonania badania.**

**Do pomieszczenia badań nie wolno wnosić kluczy , zegarków , telefonów , kart magnetycznych i innych metalowych przedmiotów . Nie stosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta i obsługę aparatu.**

Wyrażam zgodę na wykonanie badania odpłatnego za pomocą rezonansu magnetycznego oraz oświadczam, iż nie posiadam skierowania uprawniającego do bezpłatnego wykonania badania w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia

.....  
(podpis pacjenta  
lub praw nego opiekuna)

Wyrażam zgodę na wykonanie badania odpłatnego za pomocą rezonansu magnetycznego pomimo posiadanego skierowania uprawniającego do bezpłatnego wykonania badania w ramach umowy z NFZ.

.....  
(podpis pacjenta  
lub praw nego opiekuna)

Upoważniam do odbioru wyniku badania oraz dokumentacji pozostawionej w pracowni Pana/Panią .....

- ZDJĘCIA/CD: RTG..... / TK..... / MR.....
- OPISY: RTG..... / TK..... / MR..... / USG.....
- WYPISY ZE SZPITALA:.....  
.....
- INNA DOKUMENTACJA:  
.....
- BRAK DOKUMENTACJI

# KARTA BADANIA PACJENTA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

IMIĘ I NAZWISKO :

.....

PESEL :

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

NUMER BADANIA :

DATA BADANIA :

PRZECIWWSKAZANIA DO REZONANSU MAGNETYCZNEGO : TAK  
NIE  
( właściwe zaznaczyć )

BADANIE Z DOŻYLNYM PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Kontrast:	Ilość ml :	GFR :

Badanie przeprowadził :

Lekarz : \_\_\_\_\_

Technik : \_\_\_\_\_

Pielęgniarka: \_\_\_\_\_

## 1. SEKWENCJE BADANIA

## 2. ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE / UWAGI DODATKOWE