


<b>MCD VOXEL</b>	<b>Formularz</b>	
	<b>KARTA WEWNĘTRZNA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO</b>	F 7.5-7/1 str.1

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane jedynie w celu bezpiecznego wykonania badania MR.

.....  
Imię i nazwisko Pacjenta

.....  
Data urodzenia

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas przebywania w aparacie może wynosić nawet 60 min. Często dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego, który wyjątkowo może wywołać reakcję alergiczną. Do pomieszczenia MR nie wolno wносить kluczy, zegarków, kart bankomatowych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę lub pacjenta. **Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta rozrusznika serca. Nie zaleca się wykonywania badań MR w I trymestrze ciąży. Z uwagi na Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Wybraną odpowiedź prosimy koniecznie obramować kółkiem.**

1	W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie MR	TAK	NIE
2	Posiadam rozrusznik serca	TAK	NIE
3	Posiadam ciała metaliczne w organizmie np. proteza zębowa, aparat ortodontyczny (podać jakie, gdzie są zlokalizowane i z jakiego metalu lub stopu są wykonane); .....	TAK	NIE
4	Przebyłem/-am zabiegi operacyjne (jakie).....	TAK	NIE
5.	Posiadam operacyjnie założone metalowe elementy, np. sztuczna zastawka serca, zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa, implant słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompa insulinowa, inne urządzenia podające leki, endoproteza, odłamki metalowe, kule, szwy metalowe, tatuaż, inne ciała metaliczne (gdzie i jakie?) .....	TAK	NIE
6.	Posiadam protezę oczną, ciała obce w gałce ocznej (np. opiłki metalu)	TAK	NIE
7.	Mam klaustrofobię	TAK	NIE
8.	Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki, jakie?)..... .....	TAK	NIE
9.	Mam metaliczną spiralę embolizującą	TAK	NIE
10.	Mam domaciczną wkładkę antykoncepcyjną	TAK	NIE
11.	Jestem w ciąży lub podejrzewam, że mogę być	TAK	NIE
12.	Choruję na niewydolność nerek	TAK	NIE
13.	Chorowałem (am) na żółtaczkę zakaźną typu B lub C	TAK	NIE
14.	Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego MR	TAK	NIE

Oświadczam, że w dniu badania:  nie jestem hospitalizowany  
 jestem hospitalizowany

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Dobrowolnie i świadomie zgadzam się na wykonanie badania MR.

.....  
Data i podpis pacjenta lub prawnego opiekuna

**Wypełnia pracownik MCD Voxel**  
Ankieta sprawdzona i przyjęta

inne uwagi na odwrocie

.....  
Data i podpis pracownika  
MCD Voxel

