

Pacjent w czasie badania MR przebywa w stałym, bardzo silnym polu magnetycznym, dlatego NIE MOŻE POSIADAĆ ŻADNYCH PRZEDMIOTÓW METALOWYCH ORAZ INNYCH PRZEDMIOTÓW WRAŻLIWYCH NA DZIAŁANIE TEGO POLA jak zegarki, aparaty słuchowe, urządzenia elektroniczne (np. pompa insulinowa), karty magnetyczne, nośniki magnetyczne, telefony komórkowe, klucze, spinki do włosów.
PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW!!!

NAZWISKO I IMIĘ:	PESEL:	WAGA kg:	TAK	NIE
	TELEFON:	WZROST cm:		
Proszę o wykonanie badania:	MR	PET/MR		
Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek wykonane badanie MR (rezonans magnetyczny)?				
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? (lęk przed małymi pomieszczeniami)				
Czy występują reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe, inne)?				
Czy Pan/Pani choruje na niewydolność nerek?				
Czy choruje Pan/Pani na: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? (Jeśli tak, proszę zaznaczyć którą)				
Czy jest Pani w ciąży?				

Czy Pan/Pani posiada:	TAK	NIE
Rozrusznik serca		
Sztuczną metalową zastawkę serca		
Wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe		
Neurostymulatory		
Metalowe fragmenty lub opłuki w gałce ocznej, protezę oczną		
Aparat słuchowy wszczepiony w uchu wewnętrznym lub środkowym		
Inne metaliczne ciała w głowie, implanty słuchowe		
Metalowe klipsy operacyjne w tętnicach i żyłach, filtry, stenty		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe w układzie nerwowym		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Metalowe wszczepy ortopedyczne (śruby, płytki, gwoździe, inne)		
Metalowe protezy stawów i kończyn		
Metalowe odłamki w ciele lub skórze, kule		
Metalowe mostki zębowe, protezy , retainer		
Inne wszczepione metale lub urządzenia (np. pompa insulinowa)		
Tatuaż, trwałe makijaż		
Wszczepioną metalową wkładkę domaciczną (spirala)		

Bezwzględnym przeciwwskazaniem do badania jest sztuczny rozrusznik serca, neurostymulatory, aparat słuchowy w uchu wewnętrznym lub środkowym.

Do pełnej wartości badania czasami jest wymagane podanie dożylnie środka kontrastowego. Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje alergiczne lub zapalne, jednak korzyści wynikające z podania kontrastu istotnie przewyższają możliwe wystąpienie powikłań.

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego i w razie potrzeby zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu wykonania badania w niezbędnym zakresie, zgodnie z zasadami wiedzy medycznej, jeśli będzie wymagała tego sytuacja oraz anonimowe wykorzystanie wyniku badania do celów naukowych. Pacjent ponosi odpowiedzialność za uszkodzenie aparatu lub jego części wynikające z niezastosowania się do poleceń osoby wykonującej badanie.

Data:Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna:

Godzina rozpoczęcia badania: