

**Pracownia Rezonansu Magnetycznego Zakładu Diagnostyki Obrazowej SPSK im. prof. A.Grucy w Otwocku  
WYWIAD DLA TECHNIKA ELEKTORADIOLOGI/PIELĘGNIARKI (POUFNE)**

Data badania: .....

Nazwisko: .....

PESEL

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

Imię: .....

Płeć

M	K																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**INFORMACJE OGÓLNE**

Podczas badania MR pacjent znajduje się w polu magnetycznym. Średni czas badania to 30 min.

W trakcie badania może zaistnieć potrzeba dożylnego podania środka kontrastującego. Środki te rzadko powodują wystąpienie reakcji alergicznej.

Do pracowni MR nie wolno wносить żadnych przedmiotów metalowych (kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, biżuterii itp.). Nieprzestrzeganie powyższych zasad może spowodować uszkodzenie aparatu MR i wniesionych przedmiotów oraz narazić na niebezpieczeństwo obsługę lub pacjenta

**Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego pracę serca (rozzrusznika). Nie zaleca się wykonania badania MR w I trymestrze ciąży**

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety:

Ciężar ciała (kg): ....., wzrost:....., wiek .....

Zgłaszane dolegliwości ( rodzaj, miejsce) .....

<i>Prosimy o postawienie X w miejscu prawidłowej odpowiedzi:</i>	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany badaniu MR lub TK?		
Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakiegś niepokojące Pana/Panią objawy ?		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię ?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opiłek, odłamek, itp.?		
Czy miał/a Pan/Pani uraz oka spowodowany metalicznym ciałem obcym, np. opiłkiem, odpryskiem, wiórem metalowym ?		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: <b>cukrzyce, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową? *proszę podkreślić właściwe</b>		
Czy zgadza się Pan/Pani na udzielenie informacji odnośnie nosicielstwa wirusa HIV,WZW B lub WZW C?		
Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW B lub WZW C?		
Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię lub zaburzenia krzepliwości krwi?		
Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek?		
Czy jest Pan/Pani uczulony na leki, środki kontrastowe ? Jeśli tak to jakie.....		
Czy były wykonywane zabiegi, operacje ? (proszę podać jakie i kiedy)		

**Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzananiu)**

- rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
- klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne,		
- protezę naczyniową (stent), spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe		
- implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
- implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
- implantowaną sztuczną zastawkę serca,		
- protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe		
- port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
- protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.		
- protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne:gwoździe, śruby, druty, pręty, płytki itp.		
- wkładkę antykoncepcyjną		
- makijaż trwały, tatuaż		

Oświadczam, iż powyższe informacje są prawdziwe wg mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem(-am) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji .

Zostałem(-am) poinformowany(-a) przez lekarza kierującego o możliwości powikłań związanych z badaniem oraz z podaniem środka kontrastującego i mimo to **wyrażam/nie wyrażam\*** świadomą zgodę na dożylnie podanie środka kontrastującego.

W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastującego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję opóźnionej lub niedokończonej/niepełnej diagnozy spowodowanej nie podaniem środka kontrastującego. \*niepotrzebne skreślić

.....  
(data i podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(data i podpis technika/pielęgniarki)

Dokumentacja pozostawiona przez pacjenta do badania MR

Zdjęcia ..... szt

Płyta CD ..... szt

Opisy badań ..... szt

Inne (jakie ?) .....

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego .....