

ANKIETA MR

(wypełnia pacjent przed badaniem)



Szpital Kliniczny
Przemienienia Pańskiego
Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu

nazwisko:

Waga:

imię:

Wzrost:

Data urodzenia:

Data badania :/...../201....r.

Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty? (mogą one ulec uszkodzeniu, przemieszczeniu lub nagrzananiu w polu magnetycznym)*

Rozrusznik serca (stymulator, ICD, elektrody)	TAK-NIE
Implantowaną sztuczną zastawkę serca	TAK-NIE
Klips naczyniowy, stapler, klips chirurgiczny	TAK-NIE
Filtry, spirale wewnątrznaczyniowe	TAK-NIE
Stenty w naczyniach wieńcowych	TAK-NIE
Implant ślimakowy lub uszny	TAK-NIE
Protezę gałki ocznej (uraz, opłuki)	TAK-NIE
Port naczyniowy, zastawkę neurochirurgiczną	TAK-NIE
Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków	TAK-NIE
Protezę zębową, mostek, metalowe zęby	TAK-NIE
Implant ortopedyczny (endoprotezę, śruby, gwoździe, płytki)	TAK-NIE
Czy jest Pani w ciąży (jeśli tak proszę, podać który tydzień)	TAK-NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię	TAK-NIE
Czy cierpi Pan/Pani na: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, alergię, niewydolność nerek, hemofilię (jeśli tak podkreślić właściwe)	TAK-NIE
Czy jest Pan/Pani uczulona na jakiegokolwiek środki farmaceutyczne (jakie)	TAK-NIE
.....	TAK-NIE
Czy miał/a Pan/Pani wykonane operacje (jakie?)	TAK-NIE

ZGODA NA BADANIE MR

Ja niżej podpisany/na wyrażam zgodę na badanie metodą REZONANSU MAGNETYCZNEGO.

Jednocześnie potwierdzam że zawarte powyżej odpowiedzi są zgodne z moją wiedzą o stanie mojego zdrowia.

Poinformowany/a o ryzyku ewentualnych powikłań wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego w trakcie badania.

Zostałem poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań w trakcie badania z podaniem adenozyliny/dobutaminy. Wyrażam zgodę na badanie z obciążeniem farmakologicznym w/w.

Zgodę podpisałem w obecności personelu pracującego w pracowni.

DATA:

.....

PODPIS:

.....