KOPERNIK

PR-01 QD-143

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Nazwisko:	Waga:	Uwagi:
Imię:	Wzrost:	
Pesel	Płeć: M K	
Rodzaj badania:		

- Bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta: stymulatora serca, metalicznego ciała obcego w oku, aparatu słuchowego w uchu wewnętrznym lub środkowym, neurostymulatora.
- W przypadku przebycia operacji z wszczepieniem implantów metalowych (protezy, śruby, druty, płytki i inne) konieczne jest podanie charakterystyki stopu, wskazane jest okazanie zdjęcia RTG z uwidocznionym implantem, udostępnienie dokumentacji medycznej z informacją o implancie.
- W przypadku obecności w ciele innych ciał metalicznych (odłamki, kule i inne) celowe jest okazanie zdjęcia RTG z uwidocznionym fragment
- em metalu.
- Badanie wymaga przebywania w bezruchu przez około 20 – 50 minut.
- Nie zaleca się wykonywania badania MR w ciąży, a szczególnie w jej pierwszym trymestrze.
- U części pacjentów konieczne jest podanie kontrastu – dożylnie lub do stawu – który może wywołać reakcję alergiczną lub reakcję zapalną – korzyści wynikające z podania kontrastu istotnie przewyższają możliwe wystąpienie powikłań.
- Podczas badania pacjent nie może mieć przy sobie przedmiotów metalicznych, przedmiotów elektronicznych, kart magnetycznych. Należy unikać zakładania ubiorów wyposażonych w haftki, zapinki, suwaki, metalowe guziki. Nie należy nakładać makijażu.
- Przedmioty elektroniczne mogą ulec uszkodzeniu, w miarę możliwości prosimy o pozostawienie ich w domu.
- Jeżeli było wcześniej wykonane badanie MR należy koniecznie zabrać ze sobą płytę CD lub zdjęcie oraz opis badania.

PYTANIA	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy w czasie lub po badaniu MR (jeśli takie były) lub po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Panią/ Pana objawy?		
Czy cierpi Pani/ Pan na klaustrofobię (lęk przed małymi, ciasnymi pomieszczeniami)?		
Czy w wyniku urazu ciałem metalicznym nie pozostał w Pani/ Panu odłamek, opiłek?		
Czy cierpi Pani/ Pan na jedną z wymienionych chorób: cukrzyca, astma oskrzelowa, padaczka, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność nerek?		
Czy jest Pani/ Pan uczulona(y) na leki? Jeśli tak, na jakie? …….. ……..		
Czy nosi Pani/ Pan wymienione niżej przedmioty:		
- rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
- klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne		
- stenty, stentgraft, 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, jakiekolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki i inne		
- makijaż trwały, tatuaż		

Oświadczam, że zrozumiałam/em całą treść tego formularza i wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą rezonansu magnetycznego (MR). W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego, wyrażam zgodę na jego dożylne podanie świadoma/y możliwości wystąpienia objawów ubocznych, w szczególności takich jak: ból głowy, nudności, zaburzenia smaku, mrowienie, duszność, swędzenie i wysypka.

…… ……

(data i czytelny podpis pacjenta) *(data i czytelny podpis Technika RTG)*

** wstaw znak „X" przy prawidłowej odpowiedzi*

UWAGA! *W przypadku pacjenta bez kontaktu, zgodę na badanie MR podpisuje lekarz kierujący.*

Wypełnia lekarz:

Wynik eGFR: ……., z dnia …… *(nie starszy niż 7 dni).*

Zlecenie lekarskie: ☐ wkłucie ☐ kontrast - …… ☐ pacjent z wenflonem
(nazwa/ dawka)

……..
(data, podpis i pieczątka lekarza radiologa)

Wypełnia pielęgniarka:

☐ potwierdzenie wykonania zlecenia lekarskiego

☐ potwierdzenie usunięcia wenflonu (jeśli dotyczy)

☐ brak zdarzeń związanych z podaniem kontrastu, jeśli nie, wypełnij poniżej

……..
(data, podpis i pieczątka pielęgniarki)

Ewentualne zdarzenia związane z podaniem kontrstu:

☐ wynaczynienie

☐ reakcja alergiczna

☐ inne, jakie? ……

……

Podjęte działania:

……

……

……

……

……

……

……

……

…… ……
(data i czytelny podpis lekarza) *(data i czytelny podpis pielęgniarki)*

****** wstaw znak „X" przy prawidłowej odpowiedzi*

UWAGA! *W przypadku pacjenta bez kontaktu, zgodę na badanie MR podpisuje lekarz kierujący.*