Nowomedica

Przechodnia 6/12, 23-200 Kraśnik
tel. 81 458 70 35
email: przychodnia@nowomedica.pl

FORMULARZ MEDYCZNY PRZED BADANIEM MR

Nr badania:...../202.... r.

Data badania: ...../202.... r.

Imię i nazwisko pacjenta:		
PESEL:		
Data urodzenia:	**Nr telefonu:**	
Adres zamieszkania:		
Kod pocztowy:	**Miasto:**	
Adres e-mail:		
Waga pacjenta: kg	**Wzrost:** cm	**Wiek:** lat
Dolegliwości w obrębie badanej okolicy oraz przebyte wszelkie zabiegi chirurgiczne:		
Rodzaj badania MR ze skierowania (*Wypełnia personel medyczny)**:**		

Nazwa środka kontrastowego:

***Wypełnia personel medyczny**

Gadovist 1 mmol/ml **Ilość w ml:**		**Clariscan 0,5 mmol/ml** **Ilość w ml:**	
Środek rozkurczowy:	**No-spa 20 mg/ml** **Ilość ml:**	**Inny środek rozkurczowy:**	**Ilość ml:**
Inne leki:			
Podpis i pieczątka lekarza zlecającego		**Podpis i pieczątka pielęgniarki wykonującej zlecenie**	

Uwagi dotyczące pozostawionej lub braku dostarczonej dokumentacji medycznej:

(W przypadku posiadania wszelkiej dokumentacji medycznej z poprzednich badań dotyczących badanej okolicy. Dostarczenie jej pozwoli na lepszą interpretację wykonanego badania.)

Data i podpis pacjenta

Rodzaj badania:	MRI:	CT/TK:	RTG:	MM:	USG:	INNE:
CD/KLISZA	szt.	szt.	szt.	szt.	szt.	szt.

Uwagi elektroradiologa:

.....
Data oraz czytelny podpis pracownika Nowomedica przeprowadzajacego ankietę

.....
Data i podpis elektroradiologa

Nowomedica

ZGODA NA BADANIE METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

W trosce o Państwa zdrowie i bezpieczeństwo oraz w celu zapewnienia wysokiej jakości badania prosimy o udzielenie rzetelnych odpowiedzi na pytania znajdujące się poniżej.

Właściwą odpowiedź proszę oznaczyć **KÓŁKIEM.**

W trakcie badania MR pacjent wprowadzany jest do stałego pola magnetycznego. Do pomieszczenia ze skanerem **MR NIE** można wnosić żadnych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do tego zakazu może spowodować uszkodzeniem wnoszonych przedmiotów, jak również aparatury medycznej lub narazić na niebezpieczeństwo samego pacjenta lub personel medyczny. Nie zaleca się wykonywania badania MR w pierwszym trymestrze ciąży, natomiast **bezwzględnym przeciwwskazaniem do badania jest posiadanie rozrusznika serca**. Prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. W trakcie badania panuje duży hałas. Personel pracowni MR zadba o środki ochrony słuchu w postaci słuchawek lub stoperów. Wynik badania w postaci opisu i nagranego badania na nośniku CD można odebrać osobiście lub przez osobę upoważnioną po przedstawieniu druku upoważnienia dostępnego w rejestracji pracowni MR.

Czy wykonywane było u Pana/Pani kiedykolwiek badanie rezonansem magnetycznym? Jeśli tak proszę wymienić jakie:		**TAK**	**NIE**
Czy w trakcie badania MR był podany środek kontrastowy?		**TAK**	**NIE**
Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły niepokojące objawy/reakcje alergiczne? Jeżeli tak, proszę wymienić jakie:		**TAK**	**NIE**
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki? Jeżeli tak proszę wymienić na jakie:		**TAK**	**NIE**
CZY POSIADA PAN/PANI W SWOIM CIELE NASTĘPUJĄCE PRZEDMIOTY:			
Rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika, sztuczna zastawka serca, defibrylator, kardiowerter, neurostymulator, klips ferromagnetyczny, stenty, klipsy wewnątrznaczyniowe? **(właściwe podkreślić)**		**TAK**	**NIE**
Opiłek lub odłamek metalowy w okolicy oczodołu, makijaż trwały, tatuaż, wkładka domaciczna, proteza gałki ocznej, soczewki kontaktowe, aparat słuchowy ? **(właściwe podkreślić)**		**TAK**	**NIE**
Protezę zębową, zęby metalowe, aparat ortodontyczny implant ucha wewnętrznego, implanty zębowe, aparaty ortodontyczne, most? **(właściwe podkreślić)**		**TAK**	**NIE**
Implanty ortopedyczne, śruby, szwy chirurgiczne, protezy stawu? **(właściwe podkreślić)**		**TAK**	**NIE**
Pompa insulinowa, pompy do podawania leków, port naczyniowy, sensor? **(właściwe podkreślić)**		**TAK**	**NIE**
Czy miał/a Pan/Pani wykonywanie zabiegi operacyjne w obrębie badanej okolicy ciała? (jeśli tak proszę podać jakie i kiedy):		**TAK**	**NIE**
Czy zdiagnozowano u Pani/Pana choroby onkologiczne? Jeżeli tak, proszę wymienić rodzaj choroby oraz datę diagnozy:		**TAK**	**NIE**
Czy miał/a Pan/Pani radioterapię lub chemioterapię (właściwe podkreślić)? Jeżeli tak, proszę o podanie daty zakończenia.		**TAK**	**NIE**
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		**TAK**	**NIE**
Czy jest Pani w ciąży?	**NIE DOTYCZY**	**TAK**	**NIE**
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na dożylne podanie leku rozkurczowego? jamy brzusznej i miednicy) ?	**NIE DOTYCZY**	**TAK**	**NIE**
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przesyłanie danych w obrębie systemów teleradiologicznych?		**TAK**	**NIE**
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz obejmujących wyniki badań wykonanych w Nowomedica oraz przesyłanie tych danych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej. Jednocześnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż powyższe dane zostały zabezpieczone (zaszyfrowane).		**TAK**	**NIE**

.....	.....	.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego	**Data, podpis oraz pieczęć lekarza nadzorującego**	**Data, podpis oraz pieczęć pielęgniarki lub elektroradiologa**

Nowomedica

ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje. Celem uzupełnienia badania konieczne może być podanie środka kontrastowego drogą dożylną. Podanie tego środka może wywołać reakcje alergiczną. Do podania środka kontrastowego wymagane są aktualne badania kreatyniny oraz bycie na czczo przez co najmniej 4 godziny przed badaniem (wyjątek: 2 godziny u pacjentów chorych na cukrzycę). Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania MR oraz ewentualne powikłania po podaniu środka kontrastowego (jeśli dotyczy). Na pytania znajdujące się w ankiecie odpowiedziałem/am zgodnie ze stanem faktycznym. Miałem/am możliwość zadawania pytań. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.

....

Data oraz czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Data, podpis oraz pieczęć elektroradiologa

ŚWIADOMA ZGODA NA DOŻYLNE PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO (jeśli dotyczy)

Zastosowanie środka kontrastowego ma za zadanie pogłębienie diagnostyki MR oraz ocenę zmian patologicznych niemożliwych do zdiagnozowania bez wzmocnienia kontrastowego. Środki kontrastowe stosowane w MR to preparaty bezpieczne, niejonowe, oparte na chelatach gadolinu. Reakcje uboczne po podaniu środka kontrastowego w MR, występują rzadko i należą do nich: odczyny skórne, wysypka, nudności, zaburzenia smaku. Ostateczną decyzję o konieczności podania środka kontrastowego podejmuje lekarz radiolog prowadzący/nadzorujący badanie MR na podstawie weryfikacji poziomu kreatyniny i współczynnika filtracji kłębuszkowej (eGFR) oznaczonych z krwi pacjenta. Prosimy o odpowiedź na poniższe pytania.

Wynik badania **kreatyniny** z badania laboratoryjnego: ..... mg/dl
eGFR: ml/min/1,73 m2
Data i godzina pobrania materiału krwi włośniczkowej w Nowomedica .....

UZUPEŁNIA PACJENT/KA:

Czy zdiagnozowano u Pani/Pana niewydolność nerek bądź wątroby, cukrzycę, nadciśnienie (właściwe podkreślić)?		**TAK**	**NIE**
Czy występują u Pani/Pana alergie bądź uczulenia?		**TAK**	**NIE**
Czy karmi Pani piersią?	**NIE DOTYCZY**	**TAK**	**NIE**
Czy jest Pani/Pan na czczo?		**TAK**	**NIE**
Proszę podać przybliżoną godzinę ostatniego posiłku.			

Oświadczam, że w pełni świadomie wyrażam zgodę na dożylne podanie środka kontrastowego.

....

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Data, podpis oraz pieczęć lekarza nadzorującego badanie

Data, podpis oraz pieczęć pielęgniarki