

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		Clariscan 0,5 mmol/ml	
Ilość w ml:		Ilość w ml:	
Środek rozkurczowy:	No-spa 20 mg/ml	Ilość ml:	Inny środek rozkurczowy: Ilość ml:
Inne leki:			
Podpis i pieczętka lekarza zlecającego		Podpis i pieczętka 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:

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 wносить 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 **bezwzględny 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 nagranych 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? (właściwie podkreślić)	TAK	NIE
Opłitek lub odłamek metalowy w okolicy oczodołu, makijaż trwały, tatuaż, wkładka domaciczna, proteza gałki ocznej, soczewki kontaktowe, aparat słuchowy? (właściwie podkreślić)	TAK	NIE
Protezę zębową, zęby metalowe, aparat ortodontyczny implant ucha wewnętrznego, implanty zębowe, aparaty ortodontyczne, most? (właściwie podkreślić)	TAK	NIE
Implanty ortopedyczne, śruby, szwy chirurgiczne, protezy stawu? (właściwie podkreślić)	TAK	NIE
Pompa insulinowa, pompy do podawania leków, port naczyniowy, sensor? (właściwie podkreślić)	TAK	NIE
Czy miał/a Pan/Pani wykonywanie zabiegów operacyjnych 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 (właściwie 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
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na dożylną podanie leku rozkurczowego? (jamę brzusznej i miednicy)?	NIE DOTYCZY	TAK
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
elektrodiagnosty



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 DOŻYLNIE 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 chelatych 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 włósniczkowej 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 alergię bądź uczulenia?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	NIE DOTYCZY	TAK
Czy jest Pani/Pan na czczo?	TAK	NIE
Proszę podać przybliżoną godzinę ostatniego posiłku.		

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

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna
prawnego

.....
Data, podpis oraz pieczęć
lekarza nadzorującego
badanie

.....
Data, podpis oraz pieczęć pielęgniarki