



ANKIETA DLA PACJENTA PRZED BADANIEM MR

W PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO WYSTĘPUJE STAŁE I SILNE POLE MAGNETYCZNE. PRZEBYWANIE W JEGO ZASIĘGU DLA NIEKTÓRYCH OSÓB MOŻE BYĆ NIEBEZPIECZNE, PROSIMY O UWAŻNE WYPEŁNIENIE ANKIETY.

PYTANIE.	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię (lęk przed zamkniętym pomieszczeniem)?		
Czy ma Pan/Pani rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, by-pass?		
Czy ma Pan/Pani sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), filtr żyły głównej klipsy naczyniowe?		
Czy ma Pan/Pani pompę insulinową lub inne urządzenia podające leki?		
Czy ma Pan/Pani neurostymulator lub inne biostymulatory?		
Czy ma Pan/Pani inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory kręgosłupa itp.?		
Czy ma Pan/Pani inne metaliczne elementy w ciele: kula postrzałowa, odłamki ?		
Czy ma Pan/Pani w ciele odpryski metali w wyniku zabiegów neurochirurgicznych lub ortopedycznych, pracy w przemyśle ciężkim, ze szlifierką, tokarką lub w wyniku drażniącego urazu oka lub innych części ciała ? Jeśli TAK wymienić jakie		
Czy ma Pan/Pani: protezę zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgamatowe?		
Czy ma Pan/Pani tatuaż lub makijaż trwały?		
Czy ma Pan/Pani sztuczną skórę, perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?		
Czy ma Pan/Pani aparat słuchowy, implant ślimakowy, miał(a) plastikę kosteczek słuchowych?		
Czy ma Pan/Pani niewydolność serca?		
Czy ma Pan/Pani gorączkę, jest mocno spocony lub jest wrażliwy na podwyższenie temperatury ciała?		
Czy ma Pan/Pani termoizolację na ciele (np. opatrunek gipsowy, opatrunek plastyczny lub inny, plastry lecznicze)?		
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na środki kontrastowe, leki, pokarmy, inne substancje?		
Czy chorował/a Pan/Pani w przeszłości lub choruje na poważne schorzenia nerek?		
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy ma Pani wkładkę antykoncepcyjną?		
Czy ma Pani/Pan makijaż, żel lub lakier na włosach?		

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EWENTUALNE POWIKŁANIA WYNIKAJĄCE Z PODANIA NIEPRAWDZIWYCH ODPOWIEDZI W ANKECIE PONOSI OSOBA BADANA LUB JEJ PRAWNY OPIEKUN.

Wszelkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

Niniejszym oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z wykonywaniem badania rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.

Data wypełnienia.....Czytelny podpis pacjenta lub prawnego opiekuna.....