

INFORMACJA DLA PACJENTA AMBULATORYJNEGO PRZED BADANIEM REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Na badanie zgłasza się Pan/Pani dnia..... o godz.....

UWAGA: na badanie należy zgłosić się 15-20 minut przed wyznaczoną godziną w celu wypełnienia ankiety medycznej przed badaniem!

1. Zgłaszając się na badanie rezonansem magnetycznym pacjent powinien przynieść ze sobą:
 - aktualne skierowanie na badanie w oryginale (bez skierowania pacjent nie zostanie przyjęty),
 - dowód osobisty,
 - poprzednie wyniki badań diagnostycznych TK, MR , wypisy ze szpitala
 - **aktualny wynik oznaczenia poziomu kreatyniny we krwi, jeśli badanie będzie wykonywane z podaniem środka kontrastowego**
 - osoby niepełnoletnie powinny zgłosić się z rodzicem lub opiekunem prawnym
2. W przypadku badania z kontrastem **należy być na czczo 4 godziny przed badaniem (prosimy nie jeść i nie pić).**
3. Ubiór bez elementów metalowych (bez guzików, suwaków, pasków).
4. Do pomieszczenia, w którym wykonywane jest badanie MR zabronione jest wnoszenie metalowych rzeczy: kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów komórkowych, spiniek do włosów, pasków i innych metali. Wszystkie wyżej wymienione przedmioty należy zostawić w szatni.
5. Pacjenci na badanie MR głowy powinni zgłaszać się bez makijażu oraz bez lakierów, żelów, pianek na włosach. Kosmetyki te powodują artefakty na badaniach ograniczając jego wartość diagnostyczną.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania rezonansem magnetycznym są wszczepione urządzenia elektryczne i elektroniczne a w szczególności: stymulator serca, kardiowerter-defibrylator serca, neurostymulator, implant ślimakowy, opilki metalu w oku. Przeciwwskazaniem względnym jest klaustrofobia – uczucie lęku przed przebywaniem w zamkniętych niedużych pomieszczeniach, rozległy tatuaż, zły stan zdrowia chorego, pierwszy trymestr ciąży, wkładki wewnątrzmaciczne, metalowe endoprotezy i metalowe materiały ortopedyczne: druty, śruby zespajające, stabilizatory, szwy i metalowe ciała obce lub odłamki w lokalizacji bliskiej narządów mięszszowych, naczyń.

UWAGA!

PACJENCI Z WSZCZEPIONYMI SZTUCZNYMI IMPLANTAMI SĄ ZOBOWIĄZANI PRZED WYKONANIEM BADANIA DOSTARCZYĆ DO PRACOWNI MR KOMPLETNA DOKUMENTACJĘ MEDYCZNĄ, DOTYCZĄCĄ ZASTOSOWANEGO LECZENIA WRAZ Z OPISEM TYPU ZASTOSOWANEGO IMPLANTU, A W SZCZEGÓLNOŚCI MATERIAŁU Z JAKIEGO ZOSTAŁ WYKONANY ORAZ ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA SPECJALISTY O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO WYKONANIA BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

W razie rezygnacji z badania lub braku możliwości zgłoszenia się w wyznaczonym terminie prosimy o informację do rejestracji Pracowni MR numer telefonu centrala: 84 664 44 11 wewnętrzny 510

data.....

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO ORAZ PRZED PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO / WYRAŻENIE ZGODY NA BADANIE MR ORAZ PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Informacje podane przez Panią / Pana są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do innych celów niż medyczne.

.....
 nazwisko i imię

PLEĆ: K M

.....
 PESEL

WAGA kg WZROST.....cm

.....
 kontaktowy numer telefonu

W czasie badania w rezonansie magnetycznym (MR) pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas trwania badania może wynosić od ok. 30 minut do ok. 90 min. Należy ułożyć się wygodnie, gdyż podczas badania nie wolno poruszyć się. W niektórych przypadkach dla poprawnej diagnozy konieczne jest podanie dożylnie środka kontrastowego, który wyjątkowo może wywołać reakcję alergiczną. Do pomieszczenia MR nie wolno wносить kluczy, zegarków, kart bankomatowych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków i innych metalowych przedmiotów. Metaliczne drobiny często wchodzi w skład kosmetyków do makijażu, balsamów rozświetlających, lakierów do włosów i innych, dlatego w dniu badania MR nie należy stosować tego typu produktów. Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania MR jest obecność: rozrusznika serca, neurostymulatorów, implantów słuchowych, opłinków metalu w obrębie oczodołów, gdyż w polu magnetycznym mogą one ulec uszkodzeniu lub przemieszczeniu, co stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Nie zastosowanie się do powyższych zaleceń może spowodować uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo pacjenta lub obsługę.

W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety. Podane przez Pana / Panią informacje pozwolą na uniknięcie ewentualnych powikłań związanych z badaniem.

Proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź, stawiając krzyżyk w odpowiednim okienku.

1. W przeszłości miałam/miałem wykonanie badanie rezonansu magnetycznego.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2. Mam klaustrofobię (lęk przed przebywaniem w zamkniętym pomieszczeniu).....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3. Przebyłam/przebyłem zbiegi operacyjne.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeżeli tak, prosimy o określenie daty (rok) i rodzaj operacji.....		
4. Czy leczy się Pan/ Pani onkologicznie?.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5. Jestem uczulony (alergia na środki kontrastowe, leki, astma).....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6. Czy choruje/ chorowała Pan/Pani na poważne schorzenia nerek.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
7. Czy ma Pan/Pani metalowe opilki w oku, w innej okolicy ciała	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
8. Czy ma Pan/Pani wszczepiony:		
- rozrusznik/ kardiowerter-defibrylator serca.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- stenty naczyniowe, klipsy chirurgiczne, filtry wewnątrz naczyniowe.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- implant ślimakowy, inny implant uszny.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- sztuczną zastawkę serca, zastawkę komorową.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- protezę kończyny lub stawu lub inny implant ortopedyczny (gwoździ, śruby, druty, płytki metalowe).....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
- protezę zębową, most, aparat ortodontyczny.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
9. Czy ma Pan/Pani makijaż trwały/permanentny, lakier na włosach, tatuaż, biżuterię.....	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

PYTANIA DODATKOWE DLA KOBIET:

10. Jestem lub podejrzewam, że mogę być w ciąży.....TAK NIE
11. Karmię piersią.....TAK NIE
12. Czy ma Pani antykoncepcyjną wkładkę wewnątrzmaciczną.....TAK NIE

ŚRODKEK KONTRASTOWY STOSOWANY W BADANIU REZONANSU MAGNETYCZNEGO
może powodować m. in. występowanie następujących działań niepożądanych:

- nudności, wymioty • zaburzenia smaku, węchu • pokrzywka • ból i uczucie zimna w miejscu podania
- kaszel i kichanie • katar • ból głowy i uczucie gorąca (1-2% pacjentów) • obrzęk twarzy, ust, języka lub gardła
- spadek ciśnienia krwi • wysypka • suchość w jamie ustnej • złe samopoczucie
- niezbyt często – ciężkie reakcje alergiczne, wstrząs anafilaktyczny

ZGODA NA BADANIE I OŚWIADCZENIE PACJENTA

Przeczytałem/przeczytałam i zrozumiałem/zrozumiałam całą zawartość ankiety.

Potwierdzam autentyczność danych zawartych w powyższej ankiecie i **WYRAŻAM ZGODĘ*/ NIE WYRAŻAM ZGODY*** na przeprowadzenie badania Rezonansu Magnetycznego.

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego **WYRAŻAM ZGODĘ*/ NIE WYRAŻAM ZGODY*** na jego dożylnie podanie świadomy/świadoma możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

.....
data

.....
czytelny podpis pacjenta/rodzica/opiekuna prawnego

* niepotrzebne skreślić

ANKIETA PACJENTA DO BADANIA MR KRĘGOSŁUPA

.....
nazwisko i imię

.....
PESEL

1. Który odcinek kręgosłupa ma być badany?
szyjny / piersiowy / lędźwiowo-krzyżowy

2. Czy doszło do mechanicznego urazu kręgosłupa? TAK / NIE
Jeżeli tak, to
kiedy?.....

3. Czy kręgosłup był operowany? TAK / NIE
Jeżeli tak, to kiedy?.....
Który poziom był operowany?.....

4. Jeśli występują dolegliwości bólowe, to:
Gdzie zlokalizowany jest ból?.....
Jakie ma nasilenie? STALE / ZMIENNE

BRAK BÓLU - - - BÓL NIE DO ZNIESIENIA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Czy promieniuje do kończyny? TAK / NIE
Jeżeli tak, to do której? LEWA / PRAWA RĘKA / NOGA

5. Czy występują zaburzenia czucia? TAK / NIE
Jeżeli tak, to jakiego rodzaju? DREŃTWIENIA / PRZECZULICA / BRAK CZUCIA

.....
Imię i nazwisko pacjenta

Tomaszów Lubelski.....

.....
Adres pacjenta

.....
PESEL pacjenta

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Panią/Pana.....
Legitymującego się dowodem osobistym
do odbioru mojego wyniku badania z Rezonansu Magnetycznego
.....
wykonanego w dniu.....

.....
Czytelny podpis pacjenta