

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że:

Nie jestem w ciąży i nie karmię piersią

Nie posiadam żadnych elementów metalowych

Wyrażam świadomą zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego.

Wyrażam świadomą zgodę na podanie środka kontrastowego

Jednocześnie oświadczam, że miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, na które otrzymałem/am satysfakcjonujące mnie odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a o możliwych powikłaniach (w tym tych odległych) i zagrożeniach. Przedstawiono mi również alternatywne sposoby diagnostyki.

Potwierdzam, że miałem/am wystarczającą ilość czasu, aby podjąć w pełni świadomą decyzję.

data i miejsce

czytelnie imię i nazwisko

Wypełnia lekarz

Zalecenia lekarza

- Środek kontrastowy podany dożylnie ilość
- Środek kontrastowy podany doustnie ilość
- Środek kontrastowy podany doodbytniczo ilość
- Tampon dopochwowy
- Inne leki i zalecenia

data

Podpis i pieczętka lekarza

Podpis i pieczętka pielęgniarki

Podpis i pieczętka technika RTG



ID badania:

Data badania: A-108C

Ankieta

Świadoma zgoda pacjenta
na wykonanie badania Rezonansu Magnetycznego
(Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź na zawarte w ankiecie pytania)

DANE OSOBOWE

Imię Pacjenta:

Nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

data urodzenia Pacjenta: (dd/mm/rrrr)

Waga Pacjenta:

 kg

Numer telefonu kontaktowy:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego:

Legitymującego się następującym dokumentem tożsamości: dowód osobisty

Pytania kwalifikujące do badania Rezonansu Magnetycznego

Czy ma Pan/i: (proszę zaznaczyć)

| | | |
|---------------------------|-----|-----|
| Rozrusznik serca | TAK | NIE |
| Stymulator serca | TAK | NIE |
| Kardiowerter-defibrylator | TAK | NIE |

Czy ma Pan/i metalowe wszczepy: (proszę zaznaczyć)

| | | | | | |
|------------------|-----|-----|--------------------------------------|-----|-----|
| Śruby | TAK | NIE | Protezy z elementami metalowymi | TAK | NIE |
| Płytki | TAK | NIE | Metaliczne ciała obce w gałce ocznej | TAK | NIE |
| Gwoździe | TAK | NIE | Spiralę embolizującą | TAK | NIE |
| Neurostymulator | TAK | NIE | Klamry stymulujące | TAK | NIE |
| Wszczep ślimaka | TAK | NIE | Filtr żyły głównej | TAK | NIE |
| Odłamki metalowe | TAK | NIE | Szwy metalowe | TAK | NIE |

Czy choruje Pan/i na: (proszę zaznaczyć)

| | | |
|--------------------|-----|-----|
| Astmę | TAK | NIE |
| Alergię | TAK | NIE |
| Niewydolność nerek | TAK | NIE |
| Hemosyderozę | TAK | NIE |
| Hemochromatozę | TAK | NIE |

Czy używa Pan/i pompy insulinowej lub innego urządzenia podającego leki? TAK NIE

Czy jest Pan/i na czczo? TAK NIE

Czy miał/a Pan/i wykonywane zabiegi operacyjne? TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie?

Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i podawane środki kontrastowe? TAK NIE

Jeżeli tak, to czy wystąpiły reakcje uboczne? TAK NIE

Jeżeli tak, to jakie?

Czy jest Pan/i uczulony/a na leki lub inne substancje? TAK NIE

Jeżeli tak, to na jakie?

Czy cierpi Pan/i na klaustrofobię? TAK NIE

Dotyczy kobiet: czy jest Pani w ciąży? TAK NIE

Czy zostawia Pan/i wyniki badań, wypisy ze szpitala (informacje w nich zawarte mogą być konieczne dla prawidłowego opisu badania)? TAK NIE