


FORMULARZ MEDYCZNY PRZED BADANIEM MR
Data badania: **Imię i nazwisko pacjenta:**

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WZROST: **WAGA:**

BADANA OKOLICA CIAŁA :

Dolegliwości w obrębie badanej okolicy:

Niektóre metalowe przedmioty po umieszczeniu w polu magnetycznym znajdującym się w Pracowni MR, mogą prowadzić do zaburzenia jakości obrazów oraz w określonych przypadkach stanowią przeciwwskazanie do wykonania badania MR. 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**.

Czy miał/a pani/pan kiedykolwiek wykonane badanie rezonansem magnetycznym?	TAK	NIE
CZY POSIADA PANI/PAN W SWOIM CIELE NASTĘPUJĄCE PRZEDMIOTY:		
Rozrusznik serca, defibrylator, kardiowerter, neurostymulator, klips ferromagnetyczny? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
Opilek, odłamek w okolicy oczodołu, makijaż trwały, tatuaż, wkładka domaciczna ? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
Aparat słuchowy, implant ucha wewnętrznego*, protezy zębowe, implanty zębowe, aparaty ortodontyczne? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
Mechaniczną zastawkę serca, stenty, klipsy wewnątrznaczyniowe, implanty ortopedyczne, śruby, szwy chirurgiczne, protezy stawu wszczępione w ciągu ostatnich 6 tygodni?	TAK*	NIE
Pompa insulinowa, pompy do podawania leków?	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? (proszę wymienić rodzaj choroby oraz datę diagnozy)	TAK	NIE
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	NIE DOTYCZY	TAK NIE
Czy wyraża Pani/Pan zgode na dożylnie podanie leku rozkurczowego (badania jamy brzusznej i miednicy) ?	NIE DOTYCZY	TAK NIE
Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przesyłanie danych w obrębie systemów informatycznych CMM?	TAK	NIE

*w przypadku odpowiedzi TAK Niezbędne jest wypełnienie OŚWIADCZENIA PACJENTA -W PRZYPADKU STWIERDZENIA PRZECIWSKAZAŃ WZGLĘDNYCH DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA MR

Ja niżej podpisany oświadczam iż, przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przeze mnie informacje, oraz ich zgodność ze stanem faktycznym. W pełni świadomie oświadczam, iż wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania z wykorzystaniem Rezonansu Magnetycznego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i archiwizację moich danych osobowych, jednocześnie potwierdzam, iż zostałem zapoznany z klauzulą informacyjną dotyczącą warunków przetwarzania danych osobowych, wynikających z przepisów RODO, obowiązujących w Centrum Medycznym Medisport w Lublinie.



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

.....
Data oraz czytelny podpis pracownika
CMM przeprowadzającego ankietę

Uwagi personelu odnośnie badania:

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 CM Medisport

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 w przeszłości wystąpił u Pani/Pana reakcje alergiczne po podaniu środka kontrastowego w trakcie badania MR?	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?	TAK	NIE

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



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

.....
Data, czytelny podpis oraz pieczęć pielęgniarki

Nazwa środka kontrastowego:

.....
Ilość: ml

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