

FORMULARZ MEDYCZNY DLA OSOBY WSPÓŁTOWARZYSZĄCEJ W BADANIU MR

Data badania: Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

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

Posiadanie w ciele niektórych metalowych przedmiotów, w określonych przypadkach stanowi przeciwwskazanie do pełnienia funkcji osoby współtowarzyszącej w trakcie badania MR. W trosce o Państwa zdrowie i bezpieczeństwo, 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, implant ucha wewnętrznego, stymulator nerwu błędnego? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
Opiłek, odłamek w okolicy oczodołu?	TAK	NIE
Wkładka domaciczna?	TAK	NIE
Sztuczną zastawkę serca, stenty, klipsy wewnątrznaczyniowe: wszczepione w ciągu ostatnich 6 tygodni?	TAK	NIE
Pompa insulinowa, pompy do podawania leków?	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?	NIE DOTYCZY	TAK NIE

ŚWIADOMA ZGODA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA MR – OSOBA WSPÓŁTOWARZYSZĄCA

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, z moim uczestnictwem.



.....

.....

Data oraz czytelny podpis osoby współtowarzyszącej

Data oraz czytelny podpis elektrodziagnosty