



**KARTA WYWIADU, ZGODA
I ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO
DO BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO
AMBULATORIUM**

Wypełnia pacjent

Nazwisko i imię:

Numer badania:

PESEL:

I. KARTA WYWIADU

Masa ciała (kg):

Wzrost (cm):

Właściwe zaznaczyć:

	TAK	NIE
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany/a badaniu MR (rezonans magnetyczny)?		
Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy?		
Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?		
Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opiłkę, odłamek, itp.? (czy go usunięto?)		
Czy miał/a Pan/Pani uraz oka spowodowany metalicznym ciałem obcym, np. opiłkiem, odpryskiem, wiórem metalowym? (czy je usunięto?)		
Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową?		
Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek?		
Stężenie kreatyniny: $\mu\text{mol/l}$ lub mg/dl . GFR: ml/min/1,73m^2		
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki? Jeśli tak, to jakie?		

Czy nosi Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty

PROSZĘ WPISAĆ NAZWĘ METALU, Z KTÓREGO ZOSTAŁY WYKONANE

• rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika		
• klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne		
• stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe		
• implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy		
• implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków		
• implantowaną sztuczną zastawkę serca		
• protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe		
• port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną		
• protezę zębową, most, metalowe zęby, itp.		
• protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, itp.		
• makijaż trwały, tatuaż, włosy przedłużane		

Dolegliwości – jakie i od kiedy występują?
Urazy – kiedy i jakie?
Zabiegi operacyjne – kiedy i jakie?
Poprzednie badania – kiedy i jakie?

Oświadczenie Pacjenta:

1. Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, choroby i przyjmowanych lekach.
2. Oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących badania oraz podawanego środka kontrastowego i otrzymałem/am zrozumiałe dla mnie i wyczerpujące odpowiedzi.

II. ZGODA

Oświadczam, że zrozumiałem/am całą treść tego formularza i świadomie wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą rezonansu magnetycznego (MR).

W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego, wyrażam zgodę na jego dożylne podanie świadomy/a możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

Powyższe zrozumiałem/am i wyrażam świadomą zgodę:

.....
Data i podpis pacjenta
lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu

Wypełnia Zakład Diagnostyki Obrazowej

III. ZLECENIE PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Data podania kontrastu:

Nazwa kontrastu:

Nr serii:

Dawka: Droga podania:

GFR + Kreatynina

.....
Podpis i pieczętka pielęgniarki

.....
Podpis i pieczętka lekarza

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Czy wystąpiły powikłania (wypełniać tylko w razie wystąpienia powikłań)
Jakie:

Podpis lekarza