

**ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO BADANIA REZONANSEM
MAGNETYCZNYM**

Nazwisko Imię

PESEL Nr telefonu

Data badania Waga..... Wzrost

Pacjent podczas badania MR przebywa w stałym polu magnetycznym, nie może posiadać przy sobie żadnych przedmiotów metalowych wrażliwych na działanie tego pola np. zegarek, karta magnetyczna, telefon komórkowy, klucze, bilon, ozdoby we włosach, kolczyki itp. Niezastosowanie się do powyższego może grozić uszkodzeniem aparatu, posiadaniem w/w przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługującego urządzenie lub pacjenta. **Pracownia MR nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne uszkodzenia sprzętu elektronicznego powstałe z winy pacjenta.** Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecane są wkładki wyciszające do uszu (stopery). Czas przebywania w aparacie może wynosić od 20 do 60 minut i wymaga zachowania bezruchu w czasie badania.

**BEZWZGLĘDNYM PRZECIWSKAZANIEM DO WYKONANIA BADANIA MR JEST POSIADANIE
PRZEZ PACJENTA UKŁADU STYMULUJĄCEGO SERCE (ROZRUSZNIK)****W trosce o Państwa Bezpieczeństwo proszę o rzetelne wypełnienie ankiety.****Prawidłową odpowiedź (x) należy zaznaczyć we właściwej rubryce**

Czy Posiada Pani/Pan W Swoim Ciele	TAK	NIE
Rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne lub implanty ślimakowe		
Pompę insulinową, neurostymulator, biostymulator		
Metalowe opilki w ciele lub na skórze		
Metalowe protezy stawów, śruby, płytki, gwoździe, protezy kości czaszki, stabilizatory		
Protezę zębową, implanty zębowe, plomby amalgamatowe		
Metalowe szwy chirurgiczne, stenty, spirale wewnątrznaczyniowe		
Dotyczy kobiet: metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)		
Dotyczy kobiet: czy istnieje prawdopodobieństwo, że Pani jest w ciąży ? Proszę podać datę ostatniej miesiączki		
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię (lęk przed zamkniętą przestrzenią ?		
Czy choruje Pani/ Pan na choroby nerek? Jeśli tak to na jakie?		
Czy jest Pani/Pan uczulona/y na leki, pokarmy, środki kontrastowe, inne substancje? Jakie ?		
Czy ma Pani/ Pan tatuaż lub makijaż permanentny ?		

Uwagi:.....

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że przeczytałam/łem i zrozumiałam/łem powyższe informacje, miałem możliwość zadawania pytań......
Data i podpis pracownika odbierającego ankietę.....
data i podpis pacjenta/opiekuna ustawowego