

Data badania

Waga:

Imię, nazwisko:

PESEL

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

Numer telefonu:

E-mail:



Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego kwestionariusza. Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.
Prawidłową odpowiedź proszę zakreślić kółkiem.

Czy występowało/y u Pani/Pana:

• nieregularne bicie serca	tak	nie
• nagłe utraty przytomności	tak	nie
• stany lękowe	tak	nie
Czy jest Pani lub podejrzewa, że może być w ciąży?	tak	nie
Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?	tak	nie
Czy miał/a Pani/Pan wykonywane wcześniej badanie/a MR? Jeśli tak, proszę podać jakie	tak	nie
Czy były wykonywane wcześniej badania z paramagnetycznym środkiem kontrastowym?	tak	nie
Czy po poprzednich badaniach pojawiły się reakcje alergiczne (np. pokrzywka, wymioty)? Jeśli tak, proszę podać jakie	tak	nie
Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na leki, pokarmy? Jeśli tak, proszę podać jakie	tak	nie
Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i wykonywane jakiekolwiek operacje? Jeśli tak, proszę podać jakie	tak	nie

PROSZĘ POTWIERDZIĆ LUB WYKLUCZYĆ WYSTĘPOWANIE PONIŻSZYCH CHOROÓB:

• choroby nerek (np. niewydolność)	tak	nie
• nadciśnienie tętnicze	tak	nie
• choroby układu nerwowego (padaczka, inne)	tak	nie
• cukrzyca	tak	nie
Przebyte choroby zakaźne? Jeśli tak, proszę podać jakie	tak	nie



Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto mogą stanowić w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania, prosimy o określenie, jeżeli którakolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana.

CZY POSIADA PANI/PAN W SWOIM CIELE:

• rozrusznik serca	tak	nie
• sztuczne zastawki serca	tak	nie
• wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe	tak	nie
• zastawki komorowe lub rdzeniowe	tak	nie
• neurostymulatory	tak	nie
• implant słuchowy	tak	nie
• metalowe opiłki (szczególnie w gałce ocznej)	tak	nie
• metalowe protezy stawów	tak	nie
• metalowe mostki zębowe	tak	nie
• metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)	tak	nie
• metalowe szwy chirurgiczne	tak	nie
• inne wszczepione metalowe elementy jeśli tak, proszę podać jakie	tak	nie

Uwagi

- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta:
 - stymulatora serca oraz wszystkich innych stymulatorów
 - klipsów naczyniowych nieznanego rodzaju (np. po operacjach tętniaka)
 - wewnętrznych protez słuchowych nieznanego typu
 - metalicznego ciała obcego w oku
- Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.
- Czas badania MR wynosi 15-60 minut i bezwzględnie wymagane jest leżenie bez ruchu w pozycji na plecach lub na brzuchu.

*** UWAGA, w przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonanych z nieznanego materiału konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR.**

*** UWAGA, jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.**

Czy Pani/Pan wyraża zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? **tak nie**
Jeśli tak, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)

Oświadczam, że jestem w ciąży nie jestem w ciąży

Czy posiadasz jakiegokolwiek inne metalowe elementy poza wymienionymi wcześniej? **tak nie**

Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego. **tak nie**

Wyrażam zgodę na dożylną podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin. **tak nie**

Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz o formie wyników badania.

Oświadczam jednocześnie, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałam zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/y wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.

.....
data, miejsce

.....
czytelnie imię i nazwisko

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIA W RAMACH NFZ

Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu? **tak nie**

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszty badania tj.....zł, zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego.

.....
podpis pacjenta

Affidea zastrzega sobie wszelkie prawa autorskie dotyczące wyników badań. Ich publikacja wymaga zgody Kierownika Pracowni.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie numeru telefonu
do kontaktów w związku z wykonywanym badaniem diagnostycznym.



Numer Certyfikatu 14496
ISO 9001
ISO 14001

.....
Imię i nazwisko

.....
Podpis Pacjenta

Informacja o administratorze danych:

Informujemy, że administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Affidea Sp. z o.o., Plac Europejski 2, 00-844 Warszawa. Dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych, a także w celach archiwalnych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

.....
podpis pacjenta