

ANKIETA DO BADANIA MRI (rezonansu magnetycznego)

Ze względu na Państwa bezpieczeństwo proszę o wypełnienie poniższej ankiety przed badaniem (konieczna do wykonania badania). **Właściwe odpowiedzi proszę zakreślić kółkiem.**

Czy posiada Pan/Pani:

1.	Układ stymulujący serce (rozrusznik, kardiowerter)	TAK	NIE
2.	Implant słuchowy	TAK	NIE
3.	Pompę insulinową	TAK	NIE
4.	Domaciczną wkładkę antykoncepcyjną (zawierającą metal)	TAK	NIE
5.	Obecna ciąża	TAK	NIE
6.	Opiłki w oku	TAK	NIE
7.	Operacyjne założenie metalowych elementów. Podać dokładną lokalizację i rodzaj metalu lub stopu, z którego są wykonane (endoproteza, śruby, szyny, klipsy, stenty, bajpasy, szwy metalowe itp. zaświadczenie)	TAK	NIE
8.	Zabiegi operacyjne (jakie/rok) np. laparoscopia, przepuklina (zaświadczenie)	TAK	NIE
9.	Ciała metaliczne np. proteza zębowa, koronka, mostek, aparat ortodontyczny (zaświadczenie)	TAK	NIE
10.	W przeszłości miałem/miałam wykonane badanie TK lub MRI - wymienić jakie i czego dotyczyły	TAK	NIE
11.	Czy w przeszłości wystąpiły reakcje alergiczne (leki, uczulenia na środki kontrastowe)	TAK	NIE
12.	Klaustrofobia (lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami)	TAK	NIE
13.	Zgadzam się na wykonanie badania MRI	TAK	NIE
14.	Zgadzam się na podanie środka kontrastowego	TAK	NIE
15.	Wyrażam zgodę na ewentualne ponowne wstawienie się na badanie, celem wykonania dodatkowych sekwencji lub wykonanie badania z kontrastem, jeżeli lekarz opisujący stwierdzi taką konieczność	TAK	NIE
Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.			

Data.....Podpis Pacjenta.....

Z powyższą wypełnioną ankietą oraz poprzednimi badaniami i wynikiem kreatyniny, prosimy zgłosić się 15 min przed wyznaczonym terminem badania. W razie wszelkich wątpliwości wynikających z ankiety proszę o kontakt z Rejestracją ZDO. Kontakt tel.: 12 646 85 75.

Rejestracja: tel. 12 646 85 75