

Dane ankiety są poufne i zostaną wykorzystane jedynie w celu bezpiecznego wykonywania badania MR.

**ANKIETA PACJENTA
PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

Nazwisko:	Imię:	Data urodzenia:
PESEL:	Waga: kg	Wzrost: cm
Adres:	Kod pocztowy:	
E-mail: @	Telefon kontaktowy:	

Stan psychofizyczny oraz obecność metalowych przedmiotów w organizmie Pacjenta mogą stanowić przeciwwskazanie do badania za pomocą rezonansu magnetycznego i być przyczyną zagrożenia dla osoby badanej, mogą również powodować trudności w wykonaniu i prawidłowej ocenie badania.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do badania jest:

- rozrusznik serca,
- opilek metalu w oku,
- neurostymulator,
- niektóre implanty metalowe (np. ślimakowy)

Badanie wykorzystuje działanie pola magnetycznego na ciało człowieka, trwa średnio od 30 do 60 minut. Towarzyszy mu okresowy hałas, zależny od fazy badania. Można zgłosić się na badanie ze stoperami do uszu. Pacjent musi pozostawać w bezruchu w tunelu, klaustrofobia niejednokrotnie uniemożliwia wykonanie badania.

Dla prawidłowego uzyskania obrazów konieczna jest pełna współpraca badanego z personelem medycznym.

PYTANIE	ODPOWIEDŹ (Postawić symbol X w odpowiednim polu)	
Czy w przeszłości było wykonywane badanie MR? Jeśli tak, to jakie?:.....	TAK ☐	NIE ☐
Czy Pani/ Pan posiada: rozrusznik serca, sztuczną zastawkę serca?	TAK ☐	NIE ☐
Czy w przeszłości były komplikacje po dożylnym podaniu kontrastu ? Jeśli były, to jakie?:.....	TAK ☐	NIE ☐
Czy występują lub występowały alergie, uczulenia? Jeśli tak, to jakiego typu?:.....	TAK ☐	NIE ☐
Czy występują u Pani/Pana uczulenia na leki?	TAK ☐	NIE ☐

Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek i/lub padaczkę?	TAK ☐	NIE ☐
Czy występuje u Pani/Pana lęk przed przebywaniem w pomieszczeniu zamkniętym (klaustrofobia)?	TAK ☐	NIE ☐
Czy wykonuje Pani/Pan pracę w kontakcie z opiłkami metali lub możliwa jest ich obecność w częściach miękkich ciała np. w gałce ocznej?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan inne wszczepione metale lub urządzenia (np. implant słuchowy, neurostymulator, pompa insulinowa, inne urządzenia podające leki, zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa, plastyka kosteczek słuchowych, implant ślimaka, endoprotezy, odłamki metalowe w ciele lub skórze, kule, szwy metalowe, inne ciała metaliczne)? Aparaty słuchowe? Gdzie i jakie?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan protezę oczną?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan klipsy operacyjne w tętnicach i żyłach, filtry, stenty, metalowe szwy chirurgiczne? Kiedy?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan wszczepioną spiralę embolizującą?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan wszczepy ortopedyczne (endoprotezy, śruby, płytki, gwoździe, inne)? Kiedy wszczepione?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan protezy stawów i kończyn?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan na stałe elementy stomatologiczne (np. aparaty zębowe, mostki zębowe, protezy, korony, implanty)?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani wkładkę wewnątrzmaciczną (spiralę)?	TAK ☐	NIE ☐
Czy posiada Pani/Pan tatuaże, trwałe makijaż (permanentny), sztuczne rzęsy ?	TAK ☐	NIE ☐
Czy przebyła/ł Pani/Pan zabiegi operacyjne (jakie?).....	TAK ☐	NIE ☐

Jeżeli na którekolwiek pytanie została udzielona odpowiedź **TAK**, bardzo prosimy o kontakt przed wyznaczonym terminem badania z pracownią rezonansu magnetycznego pod nr telefonu 32 3581 597.

W sytuacji posiadania metalowych wszczepów prosimy o dostarczenie zaświadczenia informującego o materiale z jakiego zostały wykonane elementy i ich kompatybilności z 3 Teslowym rezonansem magnetycznym. Zaświadczenie można uzyskać od lekarza lub jednostki medycznej, w której przeprowadzono zabieg wszczepienia elementu.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej pytania są dla mnie zrozumiałe, a odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Cel wykonania badania jest dla mnie jasny i zostałem/-am poinformowany/-a o procedurze badania, także o potrzebie podania środka kontrastowego dożylnie w czasie badania.

.....

Data i czytelny podpis pacjentki/przedstawiciela ustawowego lub przedstawiciela ustawowego i pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

OŚWIADCZENIE dot. ewentualnej ciąży (wypełniają wyłącznie pacjentki miesiączkujące)

Oświadczam, że według mojej wiedzy w dniu badania MR:

JESTEM W CIĄŻY ☐ NIE JESTEM W CIĄŻY ☐ PODEJRZEWAM, ŻE MOGĘ BYĆ W CIĄŻY ☐

Wyznaczona godzina zgłoszenia się do pracowni rezonansu magnetycznego ujęta w ankiecie nie jest równoznaczna z godziną rozpoczęcia badania.

PRZYGOTOWANIE DO BADANIA:

- Na 6 godzin przed badaniem jamy brzusznej i/lub miednicy nie należy spożywać żadnych posiłków.
- Na 2 godziny przed badaniem nie należy przyjmować żadnych płynów. Natomiast w przypadku badania pęcherza moczowego i/lub miednicy żeńskiej należy mieć wypełniony pęcherz moczowy, dlatego prosimy o przyniesienie ze sobą 1l wody niegazowanej oraz o niekorzystanie z toalety min. 2 godziny przed badaniem.
- Do pełnej wartości badania czasami wymagane jest podanie dożylnie środka kontrastowego. Po podaniu środka kontrastowego mogą wystąpić reakcje niepożądane takie jak: nudności, wymioty, pokrzywka, chrypka, kaszel, obfite pocenie się, uczucie ciepła, omdlenie, obrzęk twarzy lub krtani, skurcz oskrzeli, drgawki, obrzęk płuc, wstrząs, zatrzymanie krążenia, zgon. **Dlatego na kilka dni przed badaniem należy wykonać badanie krwi oznaczając poziom kreatyniny oraz współczynnik przesączania nerkowego (eGFR). Z wynikami tych badań należy zgłosić się w dniu badania do pracowni rezonansu magnetycznego.**
- Przed badaniem MR głowy i oczodołów nie należy stosować makijażu oraz środków fryzjerskich (np. lakieru do włosów)
- **W dniu badania pacjent powinien zgłosić się z posiadaną dokumentacją medyczną: kartami wypisowymi z leczenia szpitalnego, opisami i płytami CD poprzednio wykonanych badań TK, MRI oraz wynikami usg, jeżeli były wykonywane.**
- Dla własnego komfortu pacjent może zabrać ubranie na zmianę nie posiadające guzików, zamków czy też innych ozdób

Dla bezpieczeństwa pacjentów zaleca się pozostanie w obserwacji w pracowni bezpośrednio po wykonanym badaniu z dożylnym podaniem kontrastu przez okres 15-30 minut.

Przed wejściem na badanie należy pozostawić na zewnątrz wszystkie przedmioty metalowe, elektroniczne i inne mogące podlegać działaniom pola magnetycznego (telefon, zegarek, biżuterię, karty magnetyczne i inne).

Oświadczam, że w dniu wykonania badania przebywam/nie przebywam w szpitalu (jestem/nie jestem w trakcie leczenia szpitalnego).

.....

Data i czytelny podpis pacjentki/przedstawiciela ustawowego lub przedstawiciela ustawowego i pacjenta małoletniego, który ukończył 16 lat

KARTA BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM (MR)

Imię i nazwisko: _____ Waga pacjenta: _____ kg
Data badania: _____ Wzrost pacjenta: _____ cm
Numer badania: _____ Rodzaj badania: _____

PRZEBIEG BADANIA I INFORMACJE DODATKOWE

POPRZEDNIE BADANIA		Elektroradiolog wykonujący badanie:	
Badanie pierwszorazowe	☐	(pieczętka i podpis)	
Poprzednie badania w UCK	☐		
Poprzednie wgrane:	☐		

Informacje dodatkowe:

PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Data badania kreatyniny:	Poziom kreatyniny:	eGFR:

Zlecam dożylnie podanie _____ ml środka kontrastowego _____.	Lekarz zlecający: (pieczętka i podpis)
---	---

Podano _____ ml środka kontrastowego _____.	Pielęgniarka: (pieczętka i podpis)
--	---

Uwagi: