**ANKIETA PACJENTA(KI)**

PRZED WYKONANIEM BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

**Imię i nazwisko Pacjenta**…………….............................................................................................................

**PESEL** ……………............................................... **Waga** ………………………………**Wzrost** .…………………………........

W czasie badania RM pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym od 20 do 60 minut. Wymagane

jest bezwzględne leżenie w bezruchu. W niektórych przypadkach, konieczne jest podanie środka kontrastowego przez małą igłę wkłuwaną w ramię pacjenta. Środek kontrastowy jest bezpieczny, jednakże jest małe ryzyko wystąpienia reakcji alergicznej.

Przed wejściem do pomieszczenia badań należy bezwzględnie pozbyć się metalowych przedmiotów takich jak: klucze, zegarki, telefony, długopisy, spinki do włosów, kolczyki, klipsy, karty magnetyczne, itp. Niezastosowanie się do powyższego zalecenia może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta.

Bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania RM jest posiadanie przez pacjenta: stymulatora serca (rozrusznik), neurostymulatora, pompy insulinowej, implantu wewnątrzślimakowego, metalicznych opiłków w oku. Nie zaleca się wykonania badania w I trymestrze ciąży.

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne wypełnienie ANKIETY.**

Wszelkie informacje medyczne objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane

do celów innych niż medyczne.

**1.Czy ma Pan/Pani wszczepiony neurostymulator? TAK NIE**

**2.Czy ma Pan/Pani wszczepioną pompę insulinową? TAK NIE**

**3.Czy ma Pan/Pani wszczepiony implant wewnątrzślimakowy? TAK NIE**

**4.Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca? TAK NIE**

**5.Czy ma Pan/Pani założone klipsy naczyniowe? TAK NIE**

**6.Czy może Pan/Pani mieć metalowe opiłki w oku? TAK NIE**

**7.Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? TAK NIE**

**8.Czy ma Pan/Pani w ciele operacyjnie założone metalowe elementy? TAK NIE**

**Gdzie są zlokalizowane i z jakiego stopu są wykonane**? …………………………………………………..………............

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(np.: implant słuchowy, sztuczna zastawka serca, metalowa endoproteza, stenty, śruby, itp.)*

**9.Czy występują u Pana/Pani reakcje alergiczne?** *(na środki kontrastowe, leki, inne)***TAK NIE**

Jeżeli **TAK**, proszę podać jakie………….........................................................................................................

**10.Czy cierpi Pan/Pani na chorobę nerek? TAK NIE**

**11.Czy jest Pani w ciąży? NIE DOTYCZY TAK NIE**

**12.Zgadzam się na wykonanie badania Rezonansem Magnetycznym TAK NIE**

**13.Zgadzam się na podanie środka kontrastowego TAK NIE**

*Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.*

Warszawa, dn. ............................................... Podpis Pacjenta lub Opiekuna ........................................................