

**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 (rozzrusznik), neurostymulatora, pompy insulinowej, implantu wewnątrzślimakowego, metalicznych opiótków 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 rozzrusznik serca? TAK  NIE
5. Czy ma Pan/Pani założone klipsy naczyniowe? TAK  NIE
6. Czy może Pan/Pani mieć metalowe opiótki 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 .....