

ANKIETA NA BADANIE MR TKANEK MIĘKKICH

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL Telefon

Proszę wybrać wykonywane badanie:

SZYJA ☐ JAMA BRZUSZNA ☐ CHOLANGIOGRAFIA ☐ MIEDNICA ☐

1. Jakie są główne dolegliwości z którymi się Pan/Pani zgłasza? (np. dolegliwości bólowe, dyskomfort itp.)

2. Jeśli dolegliwości występują to gdzie są dokładnie zlokalizowane? Jak je Pan/Pani może opisać?

3. Od kiedy występują dolegliwości?

4. Czy dolegliwości ustępują okresowo czy są ciągłe?

5. Jakie było dotychczasowe leczenie?

6. Przebyte zabiegi operacyjne okolicy badanej: kiedy były wykonane, jaki rodzaj zabiegu i z jakiego powodu?

7. Czy załączono karty informacyjne/karty po operacji?

TAK

☐

NIE

☐

8. Jeżeli NIE, to kiedy zostaną dołączone?

9. Odmawiam dołączenia kart informacyjnych/kart po operacji

(Podpis Pacjenta lub Opiekuna Prawnego*)

7. Czy załączono poprzednie badania? (RTG, USG, TK, MR, inne)

TAK

☐

NIE

☐

8. Czy występują inne choroby ogólne?

TAK

☐

NIE

☐

Jeżeli TAK, to jakie

9. Jakie leki są przyjmowane?

Dotyczy TYLKO kobiet na badanie miednicy:

10. Czy Pani miesiączkuje?

TAK

☐

NIE

☐

Jeżeli TAK, to proszę podać datę ostatniej miesiączki

11. Czy miesiączki są bolesne?

TAK

☐

NIE

☐

12. Czy były porody?

TAK

☐

NIE

☐

Jeżeli TAK, to czy poród był:

naturalny

☐

czy przez cesarskie cięcie

☐

?

INFORMUJEMY O KONIECZNOŚCI ZAŁĄCZANIA KART INFORMACYJNYCH PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH,
KTÓRE MOGĄ MIEĆ ISTOTNY WPŁYW NA OCENĘ PATOLOGII I PROCESÓW GOJENIA.

Warszawa, dn. Podpis Pacjenta lub Opiekuna Prawnego*

* dotyczy Pacjentów niepełnoletnich

ANKIETA BEZPIECZEŃSTWA PACJENTA/PACJENTKI PRZED WYKONANIEM BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL Waga Wzrost

(w przypadku braku nadanego numeru PESEL wpisać datę urodzenia)

W trakcie badania rezonansem magnetycznym pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym od 20 do 60 minut.
W tym czasie wymagane jest bezwzględne leżenie w bezruchu.

W niektórych przypadkach, konieczne jest podanie środka kontrastowego przez venflon zakładany do żyły w kończynie górnej. Środek kontrastowy jest bezpieczny, jednakże jest małe ryzyko wystąpienia reakcji alergicznej.

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

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.

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 miał/a Pan/Pani wykonywane jakieś badanie rezonansem magnetycznym? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 2. Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 3. Czy ma Pan/Pani wszczepiony neurostymulator? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 4. Czy ma Pan/Pani założoną pompę insulinową? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 5. Czy ma Pan/Pani wszczepiony w ucho implant ślimakowy? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 6. Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 7. Czy może Pan/Pani mieć metalowe opłaki w oku? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 8. Czy ma Pan/Pani w ciele operacyjnie założone metalowe elementy? | TAK ☐ | NIE ☐ |

(np.: sztuczna zastawka serca, metalowa endoproteza, śruby, stenty, klipsy naczyniowe itp.)

Jeżeli **TAK**, to jaki rodzaj, gdzie są zlokalizowane i z jakiego stopu są wykonane?

- | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------|
| 9. Czy ma Pan/Pani w ciele lub na ciele inne metalowe elementy? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| (np.: fragmenty metalu np. po wypadku komunikacyjnym, wypadku przy pracy itp) | | |
| 10. Czy ma Pan/Pani założony stały aparat ortodontyczny? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 11. Czy jest Pani w ciąży? | NIE DOTYCZY ☐ | TAK ☐ |
| 12. Zgadzam się na wykonanie badania Rezonansem Magnetycznym | TAK ☐ | NIE ☐ |

TYLKO W PRZYPADKU BADAŃ Z KONTRASTEM

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 13. Czy występują u Pana/Pani reakcje alergiczne? (na środki kontrastowe, leki, inne) | TAK ☐ | NIE ☐ |
| Jeżeli TAK , proszę podać jakie..... | | |
| 14. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę nerek? | TAK ☐ | NIE ☐ |
| 15. Zgadzam się na podanie środka kontrastowego | TAK ☐ | NIE ☐ |

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

Warszawa, dn. Podpis Pacjenta lub Opiekuna Prawnego*

* dotyczy Pacjentów niepełnoletnich

Sprawdziłem/-am dane i zapoznałem/-am się z odpowiedziami Pacjenta

(podpis osoby wykonującej badanie)