

Pracownia Rezonansu Magnetycznego Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej

Badanie: Pierwsze, Kolejne

Czy w czasie badania był podawany środek kontrastowy? Tak, Nie

Jeśli tak to czy wystąpiły jakieś niepokojące objawy? Tak, Nie

Imię:..... Waga (kg):..... Wzrost (cm):..... Wiek:.....

Nazwisko:..... PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodzaj Badania:..... Płeć:

M	K
---	---

Zgłaszane dolegliwości:.....

.....

.....

	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
Czy cierpi Pan/Pani na lęk przed ciasnymi pomieszczeniami?		
Czy w wyniku urazu ciałem metalicznym nie pozostał w organizmie Pana/Pani odłamek, opilek (zwłaszcza w oku)?		
Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki (jakie)?		
Czy posiada Pan/Pani niżej wymienione przedmioty:		
• rozzrusznik serca		
• klipsy naczyniowe, staplery, stenty, spirale, inne.....?		
• aparat słuchowy, implant ślimakowy, inny implant uszny		
• implantowany przyrząd do podawania leków		
• port naczyniowy lub zastawka neurochirurgiczna		
• protezę zębową, most, metalowe sztyfty, itp.		
• protezę kończyny lub stawu, inne implanty ortopedyczne		
• makijaż trwały, tatuaż		

Oświadczam, że zrozumiałem/lam treść tego formularza i wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania metodą Rezonansu Magnetycznego. W razie konieczności zastosowania środka kontrastowego, wyrażam zgodę na jego dożylnie podanie świadomy/a możliwości wystąpienia objawów ubocznych.

.....

Podpis pacjenta

Strona 1/2

Proszę odwrócić

.....

Podpis technika/pielęgniarki

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie poniższej ankiety, która ma na celu pozyskanie informacji dotyczących Państwa stanu zdrowia. Informacje te będą cenne podczas opisywania wykonanego badania rezonansu magnetycznego.

I – Czy cierpi Pan/Pani na poniżej wymienione choroby?

- | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------|--------------------------|-----|
| • Cukrzyca | <input type="checkbox"/> | Tak, | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Astma oskrzelowa | <input type="checkbox"/> | Tak, | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Padaczka | <input type="checkbox"/> | Tak, | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> | Tak, | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Choroba wieńcowa | <input type="checkbox"/> | Tak, | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Niewydolność nerek | <input type="checkbox"/> | Tak, | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Stwardnienie rozsiane | <input type="checkbox"/> | Tak, | <input type="checkbox"/> | Nie |

II – Przebyte choroby/urazy/operacje (zwłaszcza w okolicy badanej)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III – Przebyte badania diagnostyczne – dołączyć opisy oraz CD

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV – Wypełnić w przypadku przebytych chorób nowotworowych

- Rozpoznanie (rodzaj nowotworu, kiedy pierwsza diagnoza)

.....

.....

.....

- | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----|
| • Operacja | <input type="checkbox"/> | Tak, data:....., , | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Radioterapia | <input type="checkbox"/> | Tak, data:....., , | <input type="checkbox"/> | Nie |
| • Chemioterapia | <input type="checkbox"/> | Tak, data:....., , | <input type="checkbox"/> | Nie |

.....

Podpis pacjenta

Strona 2/2

.....

Podpis technika/pielęgniarki