

ANKIETA do wypełnienia przez pacjenta przed badaniem MR:

Czy pacjent(ka) ma implanty elektroniczne takie jak: rozrusznik serca, elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, implant ślimaka, pompę insulinową? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma metaliczne implanty takie jak: klips na tętniaku, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, sztuczne zastawki? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma: metalowe zespolenia, protezy lub aparaty stabilizujące kości? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma w ciele drobne odłamki lub opiłki metaliczne, w szczególności w gałce ocznej lub oczodole? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) jest uczulony(a) na środki kontrastowe? Czy jest uczulony na inne leki? Czy pacjent jest alergikiem lub choruje na astmę? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy pacjent(ka) ma niewydolność nerek? Czy choruje na inne choroby nerek? <i>(właściwe podkreślić)</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W przypadku badania MR z podaniem środka kontrastowego, proszę podać aktualny wynik poziomu kreatyniny w surowicy.	kreatynina.....	

ZGODA PACJENTA (lub jego rodziców albo opiekunów) NA WYKONANIE BADANIA:

Wyrażam zgodę na wykonanie badania MR u mnie/u osoby pozostającej pod moją opieką prawną.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W przypadku badania MR z podaniem środka kontrastowego wyrażam na to zgodę.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W przypadku konieczności wykonania badania w znieczuleniu ogólnym wyrażam na to zgodę.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Ja, obok podpisany(a) oświadczam, że przeczytałem(am), zrozumiałem(am) i biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie powyższe informacje. (podpis pacjenta)	