

EURODIAGNOSIS – PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

WYWIAD DLA TECHNIKA ELEKTORADIOLOGII/PIELĘGNIARKI (POUFNE)

Exam:

Data badania: PESEL

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 PŁEĆ

| | |
|---|---|
| K | M |
|---|---|

Rodzaj badania:

Imię i Nazwisko: Ciężar ciała (kg): Wiek:

Zgłaszane dolegliwości:

| | tak | nie |
|---|-----|-----|
| Czy jest Pani w ciąży? | | |
| Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek poddany/a badaniu MR? | | |
| Jeśli tak, to czy w czasie lub po badaniu MR lub podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakieś niepokojące Pana/Panią objawy? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię? | | |
| Czy był/a Pan/Pani kiedykolwiek zraniony/a przez ciało metaliczne, np. opiłek, odłamek, itp.? | | |
| Czy aktualnie ma Pan/Pani w oku lub jego okolicy ciało obce np.: opiłkiem, odpryskiem, włórem metalowym? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na jedną z wymienionych chorób: cukrzycę, astmę oskrzelową, padaczkę, nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową* | | |
| Czy zgadza się Pan/Pani na udzielenie informacji odnośnie nosicielstwa wirusa HIV, WZW B lub WZW C? | | |
| Czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV, WZW B lub WZW C? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na hemofilię lub zaburzenia krzepliwości krwi? | | |
| Czy cierpi Pan/Pani na niewydolność nerek, choroby nerek? | | |
| Czy jest Pan/Pani uczulony na leki? Jeśli tak, to jakie? | | |

*PROSZĘ PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWE

Czy ma Pan/Pani wymienione poniżej przedmioty (niektóre z nich pod wpływem pola magnetycznego mogą przestać funkcjonować, ulec przemieszczeniu lub nagrzananiu):

| | tak | nie |
|---|-----|-----|
| Implant ślimakowy, inny implant uszny, aparat słuchowy | | |
| Rozrusznik serca lub elektrody rozrusznika | | |
| Klipsy naczyniowe, staplery, klipsy chirurgiczne | | |
| Stenty, spirale lub filtry wewnątrznaczyniowe | | |
| Implantowaną pompę insulinową lub przyrząd do podawania leków | | |
| Implantowaną sztuczną zastawkę serca | | |
| Protezę gałki ocznej, soczewki kontaktowe | | |
| Port naczyniowy lub zastawkę neurochirurgiczną | | |
| Protezę zębową, most, metalowe zęby, itp. | | |
| Protezę kończyny lub stawu, jakiegokolwiek implanty ortopedyczne: gwoździe, śruby, druty, pręty, klipsy, płytki, itp. | | |
| Makijaż trwały | | |
| Tatuaż | | |

*PROSZĘ PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWE

Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe wg mojej najlepszej wiedzy. Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) całą zawartość tego formularza i miałem Gam) możliwość zadania pytań odnośnie zawartych w nim informacji. Zostałem(-am) poinformowany(-a) przez lekarza kierującego o możliwości powikłań związanych z badaniem oraz z podaniem środka kontrastującego i mimo to **WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM*** świadomą zgodę na wykonanie badania rezonansu magnetycznego oraz **WYRAŻAM / NIE WYRAŻAM*** świadomą zgodę na dożylną podanie środka kontrastującego. W przypadku braku zgody na podanie środka kontrastującego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencje opóźnionej lub niedokończonej/niepełnej diagnozy spowodowanej nie podaniem środka kontrastującego.

*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

KONSULTACJA Z LEKARZEM RADIOLOGIEM / LEKARZEM KIERUJĄCYM

(Wypełnia technik / pielęgniarka Eurodiagnosis)

Data i godzina konsultacji:..... Forma konsultacji: Telefoniczna Osobista

Treść konsultacji:.....
.....
.....