



# FORMULARZ

F-6/1/4

Wydanie 12

## ANKIETA PACJENTA(KI) PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Strona: 1

Stron: 2

Data: 7.03.2022

imię i nazwisko pacjenta/pacjentki

data urodzenia

waga ciała (orientacyjnie) .....

wzrost (orientacyjnie) .....

W czasie badania MR pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym. Czas przebywania w aparacie może wynosić nawet 40 min. Często, dla poprawnej diagnozy, konieczne jest podanie dożylnego środka kontrastowego (paramagnetyk), który może wywołać reakcję alergiczną (bardzo rzadko).

W przypadku badań z podaniem środka kontrastowego mogą wystąpić powikłania:

- **Lekkie** – nudności, wymioty, świąd skóry, pocenie się, pokrzywka, kaszel, chrypka, po wprowadzeniu wenflonu do żyły może dojść do pęknięcia żyły, wynacznienia środka kontrastowego, zapalenia żył powierzchniowych.
- **Średnie** – omdlenie, obrzęk twarzy, obrzęk krtani, skurcz oskrzeli
- **Ciężkie** – drgawki, wstrząs hipotensyjny, zatrzymanie oddychania, zatrzymanie akcji serca

W trakcie podawania środka kontrastowego pacjent może odczuwać ciepło/gorąco, metaliczny/słodki smak w ustach. Tego odczucia są dość częste i nie powinny budzić niepokoju. Jeśli wystąpi uczucie duszności, nudności lub szybkiego bicia serca należy natychmiast powiadomić personel pracowni. Po badaniu z podaniem środka kontrastowego pacjent przez około 30 minut pozostaje pod nadzorem personelu wykonującego badanie, po upływie tego czasu wenflon jest usuwany przez pielęgniarkę.

Do pomieszczenia badań nie wolno wносить kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, kolczyków, klipsów i innych metalowych przedmiotów. Niezastosowanie się do powyższego zakazu może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta.

Bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania MR jest posiadanie przez pacjenta układu stymulującego serca (rozrusznik). Nie zaleca się wykonywania badań MR w I trymestrze ciąży.

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o dokładne wypełnienie ankiety.**

**Proszę zaznaczyć ( lub ) prawidłową odpowiedź**

**Czy w przeszłości wykonane było badanie TK i/lub MR?** TAK  NIE

**Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca? (lub kardiowerter – defibrylator )** TAK  NIE

**Czy ma Pan/Pani wszczepioną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), klipsy naczyniowe?** TAK  NIE

**Czy w organizmie są obecne ciała metaliczne? Proszę podać jakie, gdzie zlokalizowane i z jakiego metalu lub stopu wykonane (np. implant słuchowy, metalowa endoproteza, proteza zębowa, pompa insulinowa, zastawka w komorze mózgowej, biżuteria, **OPIŁKI W OKU**). Jeśli nie jest Pan/Pani pewien/pewna czy w organizmie mogą być obecne ciała metaliczne proszę to opisać.** TAK  NIE

**Czy były wykonane zabiegi operacje? (proszę opisać krótko jakie i kiedy)** TAK  NIE

**Czy zdiagnozowano u Pana/Pani chorobę serca lub wątroby lub tarczycy lub nerek lub czy występują dolegliwości związane z nerkami? (wpisać objawy lub rozpoznanie)** TAK  NIE

**Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne? (uczulenie na środki kontrastowe, leki, inne)** NIE WIEM  TAK  NIE

**Czy ma Pan/Pani tatuaż lub makijaż permanentny?** TAK  NIE

### Wypełniają tylko Pacjentki

**Czy jest Pani w ciąży?** NIE WIEM  TAK  NIE

**Czy karmi Pani piersią?** TAK  NIE

**Czy ma Pani wkładkę antykoncepcyjną** TAK  NIE

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż w przypadku niezastosowania się przeze mnie do wytycznych personelu i spowodowania tym samym szkody, w postaci kosztów naprawy aparatu lub urządzeń wspomagających, mogę zostać nimi obciążony, w pełnej lub częściowej wysokości.

data

podpis pacjenta/pacjentki lub prawnego opiekuna

### WYPEŁNIA PRACOWNIK HELIMED

Ankieta została przyjęta i sprawdzona

data:..... podpis:.....

### UWAGI



# FORMULARZ

F-6/1/4

Wydanie 12

ANKIETA PACJENTA(KI) PRZED BADANIEM  
REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Strona: 2

Stron: 2

Data: 7.03.2022

## Do badania Pacjent dostarczył:

- |                          |                              |      |
|--------------------------|------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia TK.....              | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia MR.....              | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Zdjęcia RTG.....             | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Opisy poprzednich badań..... | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Dokumentację USG.....        | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Płyty CD.....                | szt. |
| <input type="checkbox"/> | Inne .....                   | szt. |

.....  
Podpis Pacjenta lub osoby uprawnionej

Potwierdzam odbiór ww. dokumentacji

.....  
Podpis Pacjenta lub osoby uprawnionej

### Poinformuj pracownika rejestracji jeśli bierzesz udział w programie lekowym finansowanym przez NFZ

Oświadczam, że w dniu wykonania badania TK/MR nie podlegam diagnostyce i leczeniu onkologicznemu (DILO), opiece długoterminowej i hospitalizacji. Oświadczam również, że w dniu wykonania badania TK/MR nie wykonywałem/wykonywałam badań diagnostycznych (TK, MR lub PET) w ramach NFZ w innych podmiotach leczniczych.

Przyjmuję do wiadomości (na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), że w przypadku oświadczenia nieprawdy pokryję pełny koszt wykonanego badania zgodnie z obowiązującym cennikiem.

\* dotyczy badań kosztochłonnych

.....  
Podpis pacjenta/ pacjentki lub prawnego opiekuna

Oświadczam, że wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania diagnostycznego oraz ewentualne podanie środka kontrastowego, zostałem/am poinformowany/a o rodzaju badania i sposobie przygotowania do badania. Miałem możliwość zadawania pytań i otrzymałem zrozumiałą odpowiedź.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego związanego z dożylnym podaniem środka kontrastowego, w tym możliwości wynacznienia

\*\* dotyczy wszystkich badań

.....  
Podpis pacjenta/ pacjentki lub prawnego opiekuna

Zostałem/am również poinformowany/a o cenie badania i wyrażam zgodę na pokrycie jego kosztów. Jednocześnie oświadczam, że nie będę wnosił/a z tego tytułu roszczeń o zwrot kosztów do NFZ.

\*\*\* dotyczy badań prywatnych

.....  
Podpis pacjenta/ pacjentki lub prawnego opiekuna