



FORMULARZ

F-6/1/4

Wydanie 12

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

Strona: 1

Stron: 2

Data: 7.03.2022

.....
Имя та прізвище.....
Дата народження

Вага тіла

Зріст.....

Під час МРТ-обстеження пацієнт знаходиться в постійному магнітному полі. Час перебування в Апараті може становити до 40 хвилин. Часто для правильної діагностики необхідно вводити внутрішньовенний контрастний засіб (парамагнітний), який може спровокувати алергічну реакцію (дуже рідко).

У разі проведення досліджень з введенням контрастного засобу можуть виникнути ускладнення:

- **Легкі** – нудота, блювота, свербіж шкіри, пітливість, кропивниця, кашель, хрипота, після введення катетер у вену може статися розрив вени, екстравазація контрастного засобу, запалення поверхневих вен.
- **Середні** – непритомність, набряк обличчя, набряк гортані, бронхоспазм.
- **Важкі** – судоми, гіпотензивний шок, зупинка дихання, зупинка серця.

Під час введення контрастного засобу пацієнт може відчувати теплий / гарячий, металевий / солодкий смак в роті. Це відчуття досить часте і не повинно викликати занепокоєння. Якщо ви відчуваєте задишку, нудоту або прискорене серцебиття, слід негайно повідомити про це персонал. Після огляду з введенням контрастного засобу пацієнт залишається під наглядом персоналу, що проводить обстеження, близько 30 хвилин, після чого катетер видаляється медсестрою.

Ключі, годинники, магнітні карти, телефони, шпильки, сережки, затискачі та інші металеві предмети не можна приносити в приміщення обстеження. Недотримання вищевказаної заборони може призвести до пошкодження апарату, пошкодження внесених предметів або поставити під загрозу роботу приладу або пацієнта.

Абсолютним протипоказанням до виконання обстеження МР є те, якщо у пацієнта є система серцевої стимуляції (кардіостимулятор). Не рекомендується проводити МРТ-обстеження в першому триместрі вагітності.

Заради вашої безпеки, будь ласка, завершіть опитування ретельно.

Будь ласка, поставте галочку (або) правильна відповідь.

Чи була проведена комп'ютерна томографія тіла або МРТ у минулому? TAK NI

У вас імплантований кардіостимулятор? (або кардіовертер – дефібрилятор) TAK NI

У вас імплантований серцевий клапан, судинний протез (стент), судинні затискачі? TAK NI

Чи присутні металеві тіла в організмі? Будь ласка, вкажіть, який, де знаходиться і з якого металу або сплаву вони зроблені (наприклад, слуховий імплантат, металевий ендопротез, протез, інсуліновий насос, клапан в мозковій камері, ювелірні вироби, металеві окалини в оці). Якщо ви не впевнені, чи можуть металеві тіла бути присутніми в організмі, будь ласка, опишіть це. TAK NI

Чи проводилися якісь операції? (Коротко опишіть, що і коли) TAK NI

У вас діагностували хвороби серця або печінки, захворювання щитовидної залози або нирок, або у вас є проблеми з нирками? (введіть симптоми або діагноз) TAK NI

У вас коли-небудь були алергічні реакції? Я НЕ ЗНАЮ TAK NI

У вас є татування або постійний макіяж? TAK NI

Тільки пацієнти заповнюють

Ви вагітні? Я НЕ ЗНАЮ TAK NI

Ви годуєте грудьми? TAK NI

У вас є контрацептивний ВМС? TAK NI

Заявляю, що був/ла проінформований/на, що у випадку не в іконання мною інструкцій і таким чином заподіяння шкоди мені можуть бути пред'явлені звинувачення у вигляді вартості апарату або допоміжних пристроїв у повній або частковій оплаті.

.....
Дата.....
підпис пацієнта/ка або опікуна

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. |

.....
підпис пацієнта/ка або опікуна

Potwierdzam odbiór ww. dokumentacji

.....
підпис пацієнта/ка або опікуна

Повідомте про це реєстраційного працівника, якщо ви берете участь у програмі лікарських засобів, що фінансується Національним фондом охорони здоров'я.

Заявляю, що в день КТ /МР обстеження я не підлягаю діагнозу та онкологічному лікуванню (ДІЛО), тривалому догляду та госпіталізації. Я також заявляю, що в день КТ / МР обстеження я не виконував / не проводив діагностичних тестів (КТ, МР або ПЕТ) в рамках НФЗ в інших медичних установах.

Я визнаю (на підставі Закону про медичні послуги, що фінансуються з державних коштів), що в разі неправдивої інформації я покрию повну вартість виконаного діагностування відповідно до чинного преїскуранта.

* dotyczy badań kosztownych

.....
Підпис пацієнта/кі або законного опікун

Заявляю, що даю свою інформовану згоду на проведення діагностичного тесту з використанням іонізуючого випромінювання і можливого введення контрастного засобу, мені повідомили про тип обстеження і спосіб підготовки до обстеження.

Мені повідомили про можливість несприятливої події, пов'язаної з внутрішньовенними контрастними засобами масової інформації, включаючи можливість екстравазації.

** dotyczy wszystkich badań

.....
Підпис пацієнта/кі або законного опікун

Я також був проінформований про ціну дослідження і погодитися покрити його витрати.

При цьому заявляю, що не буду пред'являти ніяких претензій на відшкодування витрат в НФЗ.

*** dotyczy badań prywatnych

.....
Підпис пацієнта/кі або законного опікун