

ANKIETA DO BADANIA W REZONANSIE MAGNETYCZNYM

Do wypełnienia przez pacjenta przed badaniem metodą rezonansu magnetycznego

Nazwisko, imię

Nazwisko	Imię
----------	------

PESEL

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

Data urodzenia

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Adres:

--

Tel kontaktowy

E-mail

--	--

Waga (kg):

--

Wzrost (cm):

--

Badana okolica:

--

Cel badania / co badanie ma wyjaśnić:

--

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza zaznaczając prawidłowe odpowiedzi. Wszystkie informacje zawarte w kwestionariuszu objęte są tajemnicą i nie będą wykorzystywane do innych celów niż na potrzeby badania MR.

Czy posiada Pani/Pan:

Rozrusznik serca, kardiowerter	TAK []	NIE []
Neurostymulator	TAK []	NIE []
Implant słuchowy	TAK []	NIE []
Sztuczne, metalowe zastawki serca	TAK []	NIE []
Wewnątrzczaszkowe klipsy metalowe, coile lub stenty	TAK []	NIE []
Zastawki komorowe lub rdzeniowe	TAK []	NIE []
Metalowe ciała obce w gałce ocznej	TAK []	NIE []
Protezę gałki ocznej	TAK []	NIE []
Metalowe protezy stawów	TAK []	NIE []
Metalowe protezy zębowe	TAK []	NIE []
Metalowe stabilizatory kostne lub śruby kostne(po złamaniach leczonych operacyjnie)	TAK []	NIE []
Tatuaż lub permanentny makijaż	TAK []	NIE []
Metalowe ozdoby w ciele	TAK []	NIE []
Szwy chirurgiczne z drutu	TAK []	NIE []
Plastry z lekami	TAK []	NIE []
Aparat ortodontyczny	TAK []	NIE []
By-passy	TAK []	NIE []

Pytania dla kobiet

Czy podejrzewa Pani ciążę lub jest w ciąży Jeśli tak proszę podać wiek ciąży	TAK []	NIE []
Proszę podać datę ostatniej miesiączki		

Zgoda na wykonanie badania MR

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie badania metodą Rezonansu Magnetycznego. Jednocześnie oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe. Przeczytałem/am całą zawartość tego formularza i miałem/am możliwość zadawania pytań odnośnie wykonywanego badania oraz, że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia niekorzystnych reakcji związanych z samym badaniem MR.

Data

Czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna

.....	
-------	--

ANKIETA DO BADANIA W MR Z PODANIEM ŚRODKA KONTRASTOWEGO

Do wypełnienia przez pacjenta przed badaniem metodą rezonansu magnetycznego

Nazwisko, imię

Nazwisko	Imię
----------	------

Dożylne podanie paramagnetycznego środka kontrastowego może powodować krótkotrwałe uczucie zimna w miejscu jego podawania. W nielicznych przypadkach mogą wystąpić niepożądane reakcje takie jak: nudności, wymioty, reakcje skórne, spadek ciśnienia lub reakcje anafilaktyczne (nawet śmiertelne).

Czy wykonywano u Pani/Pana badanie MR z podaniem kontrastu?	TAK []	NIE []
Czy wystąpiły wtedy jakiegokolwiek reakcje niepożądane? Jakie?	TAK []	NIE []
Czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową, uczulenia, alergię?	TAK []	NIE []
Czy choruje Pani/Pan na choroby nerek (szczególnie niewydolność)?	TAK []	NIE []
Czy występują u Pani/Pana choroby ukł. nerwowego tj padaczka?	TAK []	NIE []
Czy jest Pani/Pan nosicielem wirusa WZW typ B lub C?	TAK []	NIE []
Czy jest Pani/Pan nosicielem wirusa HIV?	TAK []	NIE []
Czy choruje Pani/Pan na zaburzenia rytmu serca?	TAK []	NIE []

Poziom kreatyniny we krwi:

--

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na podanie środka kontrastowego TAK [] NIE []

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości wystąpienia powikłań związanych z dożylnym podaniem paramagnetycznego środka kontrastowego i będąc tego świadomy/a wyrażam / nie wyrażam* zgody na wykonanie badania MR z dożylnym podaniem kontrastu. W pracowni MR miałem/am możliwość zadawania pytań odnośnie wykonywanej procedury oraz uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie informacje. W przypadku braku zgody na dożylny podanie środka kontrastowego przyjmuję pełną odpowiedzialność za konsekwencję niepełnej diagnozy.

Data

Czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna

--	--

Informacje

1. Badanie MR jest badaniem bezbolesnym i nie wymaga specjalnych przygotowań.
2. Czas badania wynosi od 15 do 90 minut, w zależności od rodzaju badanego narządu i tego czy podczas badania będzie podawany środek kontrastowy.
3. Podczas badania konieczne jest pozostanie przez dłuższy czas w pozycji leżącej.
4. W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych (śruby, druty, płytki metalowe, gwoździe) lub innych wykonanych z nieznanego materiału (aparat ortodontyczny, endoprotezy stawów, pompa insulinowa lub inna) konieczne jest poinformowanie o tym fakcie personel pracowni MR.
5. Do pomieszczenia z aparatem MR prosimy nie wnosić telefonów komórkowych, kart kredytowych, zegarków, kluczy oraz innych przedmiotów metalowych, mechanicznych i elektronicznych. **PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW.**
6. Przed badaniem należy usunąć mocny makijaż, lakier z włosów (przy badaniach głowy, oczodołów), zdjąć spinki do włosów, okulary, wyjąć aparat słuchowy, protezy zębowe.

WYNIKI BADANIA

Prosimy o zaznaczenia w jaki sposób chcielibyście Państwo otrzymać wynik badaniach

Zaszyfrowanym e-mailem – preferowana forma Jeśli tak, proszę podać adres e-mail:	[]
Odbiór osobisty w placówce wykonującej badanie	[]

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE I ARCHIWIZACJĘ MOICH DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ EURORADIOLOGY SP. Z O.O. ZGODNIE Z ZASADAMI I PRZEPISAMI DOTYCZĄCYMI PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W PROCESIE MEDYCZNYM ORAZ TWORZENIEM I PRZECHOWYWANIEM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.

POTWIERDZAM, ŻE ZOSTAŁEM POINFORMOWANY O KLAUZULI INFORMACYJNEJ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DOTYCZĄCEJ PRZEPISÓW RODO.

PRZEZ WZGLĄD NA RZETELNOŚĆ OCENY I OPISU WYNIKÓW BADANIA, CZAS PRZYGOTOWANIA OPISU PRZEZ LEKARZA RADIOLOGA MOŻE ULEC WYDŁUŻENIU. REKLAMACJE Z TEGO TYTUŁU NIE BĘDĄ UZNAWANE.

Data

Czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna

.....	
-------	--

ANKIETA PO BADANIU

Bardzo dziękujemy za wybór naszej pracowni w Państwa procesie diagnostycznym. Mamy nadzieję, że całą wizyta przebiegła zgodnie z Państwa oczekiwaniami. Z uwagi na fakt, iż chcemy dostosować się do Państwa potrzeb i stale doskonalić bardzo prosimy o odpowiedź na kilka pytań.

1. Skąd dowiedzieli się Państwo o EuroRadiology – Rezonans Magnetyczny?

- Internet
- ulotka w przychodni
- od lekarza
- znajomi
- inne źródło, proszę podać jakie.....

2. Co zadecydowało o wyborze naszej pracowni?

- dostępny szybki termin badania
- krótki czas oczekiwania na opis
- pozytywne opinie o pracowni
- system multimedialny redukujący stres
- inne czynniki, proszę podać jakie

3. Czy byli Państwo zadowoleni z przebiegu wizyty:

- TAK
- NIE

4. Co powinniśmy poprawić

.....

.....

5. Czy wyraża Pani/Pan zgodę na otrzymywanie informacji o nowościach w naszej pracowni drogą mailową lub telefoniczną?

- TAK
- NIE

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY