

UWAGA:

Pacjent podczas badania przebywa w silnym polu magnetycznym, dlatego nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie pola magnetycznego (np. zegarki, urządzenia elektryczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne).

NZÓZ NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIA TAKICH PRZEDMIOTÓW.

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu.

Badanie wymaga przebywania w bezruchu podczas trwania badania. Czas trwania badania wynosi od 25 do 60 minut.

Makijaż może zmniejszyć jakość badania głowy.

Silne pole magnetyczne może powodować utratę własności antykoncepcyjnych wkładki wewnątrzmacicznej.

Osoby poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z osobą pełnoletnią.

PROSIMY WYPEŁNIĆ (zakreślić), czy w ciele pacjenta znajdują się przedmioty, których obecność jest przeciwwskazaniem do wykonania badania lub też mogą być źródłem zakłóceń obrazu:

	TAK	NIE
• ROZRUSZNIK SERCA lub elektrody wewnętrzne (np. przewody po stymulatorach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• WEWNĄTRZCZASZKOWE KLIPSY NACZYNIOWE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• NEUROSTYMULATOR lub BIOSTYMULATOR (np. pompa insulinowa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• APARAT/ IMPLANT W UCHU WEWNĘTRZNYM lub ŚRODKOWYM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• SZTUCZNA ZASTAWKA SERCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• METALOWE CIAŁA OBCE W OCZODOLE lub PROTEZA GAŁKI OCZNEJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• SZWY I KLIPSY NACZYNIOWE PO ZABIEGACH CHIRURGICZNYCH do 6 tygodni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zastawki w ośrodkowym układzie nerwowym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Metalowe wszczepy ortopedyczne i metalowe protezy stawów i kończyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Spirale embolizujące, stenty i filtry naczyniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Klamry stymulujące wzrost kości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tatuaż, makijaż stały, biżuteria stała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• INNE metaliczne ciała obce/szwy/implanty w badanej okolicy (nie dotyczy protez i plomb zębowych).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W przypadku odpowiedzi TAK na powyższe prosimy o dodatkowy opis:		

Prosimy również o odpowiedź na poniższe pytania:	TAK	NIE
• Czy Pacjent/ka przebywa w środowisku gdzie znajdują się opiłki metalu (np. ślusarz, tokarz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Czy Pacjent/ka choruje na niewydolność nerek lub inne choroby nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Czy Pacjent/ka przebył/a zabiegi operacyjne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Czy po lekach lub środkach kontrastowych (jeśli były podawane) występowały reakcje uczuleniowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Czy Pacjent/ka miał/a już wykonywane badanie MR lub inne badania diagnostyczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Czy występowały u Pacjenta/ki stany lękowe lub klaustrofobia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Czy Pacjentka jest w ciąży? Jeśli tak to, który miesiąc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W przypadku odpowiedzi TAK na powyższe prosimy o dodatkowy opis:		

WYRAŻAM ZGODĘ NA WYKONANIE BADANIA, W TYM PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO (JEŻELI OKAŻE SIĘ KONIECZNE).

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis rodziców, opiekunów, pełnomocników

OŚWIADCZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM/AM I ZROZUMIAŁEM/AM POWYŻSZE UWAGI ORAZ PODAŁEM/AM INFORMACJE ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM.

.....
Podpis pacjenta

.....
Podpis i pieczętka lekarza kierującego

ZLECAM PODANIE KONTRASTU

Rodzaj i ilość kontrastu

.....
Podpis i pieczętka lekarza radiologa

.....
Podpis pielęgniarki

Zgoda na badanie odpłatne (MR)

Ja

Wyrażam zgodę na wykonanie badania rezonansem magnetycznym (określić rodzaj badania) którego koszt dobrowolnie zobowiązuję się ponieść.

Zostałem poinformowany o możliwości i zasadach wykonania badania rezonansem magnetycznym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

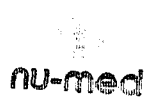
.....
(podpis pacjenta)

Potwierdzam, że pacjent został poinformowany o możliwości i zasadach wykonania badania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
(podpis pracownika NU-MED)

Badanie opłacone w celu przyspieszenia terminu badania TAK / NIE

.....
(podpis pacjenta)

MRK	Strona 1 z 1	Data wydania:04.01.2010r.	
		Edycja:1	

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU WYNIKÓW BADAŃ

Dane pacjenta:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Dowód tożsamości: rodzaj, seria, numer

Zgodnie z art. 18 ust.3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (t. jedn. Dz. U. z 2007 roku, Nr 14, poz.89, z późn. zm.) upoważniam Pana/Panią:

.....
Imię i nazwisko

legitymującego/a/ się dowodem tożsamości:

.....
Rodzaj, seria, numer

do odbioru dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

.....
(data i podpis pacjenta)

Stwierdzam przyjęcie upoważnienia w dniu.....

.....
(podpis pracownika NU-MED)

MRK	Strona 1 z 1	Data wydania:04.01.2010r.	nu-med
		Edycja:1	