

OŚRODEK ZLECAJĄCY / ODBIORCA WYNIKU <i>(pieczęć lub dane)</i>	Data wystawienia skierowania:
Nazwa ośrodka	DANE LEKARZA ZLECAJĄCEGO BADANIE
Adres :	Pieczęć:
Telefon:	Podpis lekarza:



Mazowiecki Szpital Onkologiczny , 05-135 Wieliszew, ul. Kościelna 61, tel. 22 766 15 00
www.szpitalonkologiczny.pl

SKIEROWANIE NA BADANIE REZONANSU MAGNETYCZNEGO (MR)

Zakład Diagnostyki Obrazowej MSO Pracownia MR

Rejestracja tel 22 766 15 00

Skierowanie proszę wypełnić pismem maszynowym a przed jego wypełnieniem proszę zapoznać się z uwagami na odwrocie.

* Niepotrzebne skreślić

wypełnia lekarz lub pacjent w przypadku badań komercyjnych

DANE O PACJENCIE:

Imię i nazwisko: Data urodzenia:

*W przypadku pacjentów NN proszę podać datę i godzinę przyjęcia pacjenta do Szpitala:

Adres zamieszkania (w tym województwo):

..... tel.: PESEL:

*Dla pacjentów hospitalizowanych nr Księgi Głównej i nr pacjenta w Księdze Głównej:

Waga pacjenta:kg Pacjent chodzący/leżący* Badanie pierwsze/kolejne*

Badanie MR narządu:

Rozpoznanie kliniczne: ICD-10:

Co badanie ma wyjaśnić:

Wywiad:

Choroby przebyte:

Badanie przedmiotowe:

Jeśli badanie MR jest kolejnym wykonywanym w naszej pracowni, proszę podać: daty badań poprzednich, a jeżeli w innym zakładzie, dołączyć opisy i obrazy (płyty CD-R, zdjęcia) – koniecznie !:

Dokumentacja innych badań obrazowych (RTG, USG, TK, ANGIO) - proszę dołączyć opisy i obrazy (płyty CD-R, zdjęcia) – koniecznie !:

Zabiegi operacyjne:

Leczenie energią promieniowania jonizującego (kiedy, dawka):

Wyniki badań laboratoryjnych (istotne do badania, ew. do znieczulenia):

Tolerancja wodnych środków kontrastowych:.....
Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku pacjentów z niewydolnością nerek. Prosimy o zapoznanie się z informacjami dotyczącymi środków kontrastowych bądź skontaktowanie się z personelem Pracowni.
Inne dane (uznane przez kierującego za istotne):.....

cd. wypełnia pacjent lub opiekun prawny

imię i nazwisko

PESEL

Tylko **kompletne i czytelnie wypełnione** skierowania z dołączoną dokumentacją będą przyjmowane.
Ostateczną decyzję celowości badania podejmuje wykonujący je lekarz radiolog.

**Do badania pacjent powinien zgłosić się na czczo (min. 5 godzin bez przyjmowania pokarmów).
Podawanie środków kontrastowych u kobiet w ciąży jest przeciwwskazane.**

W przypadku zażywania stałych leków należy przyjąć je normalnie. W przypadku niektórych badań konieczne jest dożylnie ew. doustne podanie środka cieniującego. Pacjenci w stanie ciężkim winni posiadać pampersy.

Przeciwwskazania do badania

posiadanie rozrusznika serca, obecność metalowych wszczepów (śruby, płytki, gwoździe), obecność klipsów naczyniowych (klipsy na tętniaku) lub innych elementów pooperacyjnych, protezy z elementami metalowymi (proteza zębowa ruchoma, stała, klamry zębowe), proteza oczna, ciała obce w gałce ocznej (np. opiłki metalu), pierwszy trymestr ciąży, spirala antykoncepcyjna, spirala embolizująca, pompa insulinowa lub inne urządzenie podające leki, neurostymulator lub inne biostymulatory, klamry stymulujące wzrost kości, wewnętrzny aparat słuchowy lub plastyka kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, sztuczna zastawka (zastawka komorowo-żylna lub komorowo-otrzewnowa), filtr żyły głównej, odłamki metalowe, szwy metalowe, klaustrofobia, w przypadku ciąży – prosimy o tym zawiadomić personel pracowni

Szanowni Państwo,

Jeżeli rezygnujecie z badania w przypadku już ustalonego terminu, bardzo prosimy o powiadomienie o tym fakcie rejestrację Pracowni. Umożliwi to wcześniejsze badanie oczekującym w kolejce.

Oświadczenie o zgodzie na udzielanie świadczenia zdrowotnego

Badanie diagnostyczne – otrzymałem/am pisemną informację o sposobie wykonania badania oraz mogących wystąpić powikłaniach, którą przeczytałem/am i zrozumiałem/am, wypełniłem/am stosowną do badania ankietę.

Oświadczam, że lekarz dodatkowo przeprowadził ze mną rozmowę podczas której poinformował mnie wyczerpująco o zleconym badaniu diagnostycznym – sposobie jego wykonania oraz ryzyku powikłań.

Udzieliłem/am lekarzowi prawdziwych informacji dotyczących mojego stanu zdrowia.

Dotychczas nie stwierdziłem/am u siebie żadnych objawów uczulenia na otrzymywane preparaty diagnostyczne, leki lub inne /każde/.

NIE jestem uczulony/na / **TAK** jestem uczulony/na*

W przypadku uczulenia na preparaty diagnostyczne, leki lub inne - proszę je wymienić _____

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na wykonanie badania diagnostycznego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na podanie środka kontrastowego

Podpis pacjenta _____

Oświadczenie wyrażone jest przez pacjenta lub przedstawiciela ustawowego *

Badanie wykonał (czytelny podpis technika RTG):	Uwagi wykonującego badanie:
Pod nadzorem lekarza radiologa: imię i nazwisko nr PKW: (czytelny podpis i pieczęć lekarza)	Ustalony termin badania:

Dane osoby podejmującej decyzję o udzielaniu świadczenia zdrowotnego: _____
Imię i nazwisko _____ PESEL _____
adres i telefon _____

pieczętka i podpis Lekarza
odbierającego oświadczenie

* niewłaściwe skreślić

Opiekun faktyczny nie może wyrazić oświadczenia o zgodzie na udzielanie świadczeń zdrowotnych o podwyższonym ryzyku.