



ANKIETA PACJENTA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Imię..... nazwisko.....

PESEL

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

Wzrost..... Waga.....

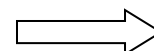
W POKOJU BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO WYSTĘPUJE STAŁE I BARDZO SILNE POLE MAGNETYCZNE!!

PRZEBYWANIE W JEGO ZASIĘGU DLA NIEKTÓRYCH OSÓB MOŻE BYĆ BARDZO NIEBEZPIECZNE, PROSIMY ZATEM O UWAŻNE WYPEŁNIENIE ANKIETY.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA EWENTUALNE SKUTKI WYNIKAJĄCE Z PODANIA NIEPRAWDZIWYCH ODPOWIEDZI PONOSI OSOBA BADANA LUB JEJ PRAWNY OPIEKUN.

Wszelkie informacje medyczne zawarte w niniejszej ankiecie są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne.

PYTANIE	TAK	NIE
Czy pacjentka jest w ciąży?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjentka ma wkładkę antykoncepcyjną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma rozrusznik serca, stymulator serca, kardiowerter-defibrylator, by-pass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma sztuczną zastawkę serca, protezę naczyniową (stent), filtr żyły głównej, klipsy naczyniowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma pompę insulinową lub inne urządzenie podające leki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma neurostymulator lub inne biostymulatory?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma inne implanty: śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory kręgosłupa itp.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma inne metaliczne elementy w ciele: kula postrzałowa, odłamki ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma: protezę zębów, implanty zębowe, klamry zębowe, plomby amalgamatowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma tatuaż lub makijaż trwałe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma sztuczną skórę , perukę ,sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma aparat słuchowy , implant ślimakowy ,miał(a) plastikę kosteczek słuchowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka cierpi na klaustrofobię (lęk przed zamkniętym pomieszczeniem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma niewydolność serca lub migotanie komór serca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma gorączkę, jest mocno spocony lub jest wrażliwy na podwyższenie temperatury ciała?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka ma termoizolację na ciele (np. opatrunek gipsowy ,opatrunek plastyczny lub inny, plastry lecznicze)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka jest uczulony/a na środki kontrastowe, leki, pokarmy, inne substancje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy pacjent/ka chorował/a w przeszłości lub choruje na poważne schorzenia nerek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Mazowiecki Szpital Onkologiczny
ul. Kościelna 61, 05-135 Wieliszew
PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO
tel. 22 766-15-00

Jeżeli „TAK” na jedno z poniższych pytań dotyczących zabiegów, to proszę określić czy nie ma w ciele odprysków metali	TAK	NIE	CIAŁO OBCE
Czy pacjent/ka doznał/a drażniącego urazu oka lub innych części ciała?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pracował/a ze szlifierką, tokarką itp.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pracował/a w przemyśle ciężkim?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Przebył/a zabieg neurochirurgiczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Przebył/a zabieg ortopedyczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Przebył/a zabieg chirurgiczny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Niniejszym oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie potwierdzam, że odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia ważnych informacji związanych z badaniem rezonansu magnetycznego poniosę osobiście.

Data wypełnienia.....

Czytelny podpis
pacjenta lub prawnego opiekuna.....