



Słupsk, dn. ....

## SKIEROWANIE NA BADANIE MR W PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO SALUS

**rodzaj badania:** .....

u Pana(i) .....

Adres ..... telefon .....

PESEL..... ubezpieczony w .....

Nr i rodzaj dokumentu ubez. ....

Inny płatnik: .....

*/w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji/*

Rozpoznanie (w języku polskim) .....

.....

kod (ICD10) .....

Cel badania (uzasadnienie) .....

.....

Badania dotychczas wykonane .....

.....  
Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego  
nr prawa wykonywania zawodu

PROCEDURY WEDŁUG KODÓW NFZ (wypełnić wyłącznie w przypadku badań refundowanych z NFZ)			
<input type="checkbox"/>	TK- badania bez kontrastu - jedna okolica anatomiczna 5.03.00.0000059	<input type="checkbox"/>	MR - badania bez kontrastu - jedna okolica anatomiczna (w tym angiografia bez kontrastu) 5.03.00.0000064
<input type="checkbox"/>	TK- badania z kontrastem – jedna okolica anatomiczna - obejmuje również badanie przed i po podaniu środka kontrastowego, badanie wielofazowe 5.03.00.0000060	<input type="checkbox"/>	MR- badania przed i po podaniu środka kontrastowego - jedna okolica anatomiczna, spektroskopia 5.03.00.0000065
<input type="checkbox"/>	TK- badania bez kontrastu - dwóch lub więcej okolic anatomicznych 5.03.00.0000061	<input type="checkbox"/>	MR – badania serca, badania dwóch odcinków kręgosłupa, angiografia CM, badania czynnościowe (w tym mózgu), badania dynamiczne 5.03.00.0000066
<input type="checkbox"/>	TK- badania z kontrastem - dwóch lub więcej okolic anatomicznych –obejmuje również badanie przed i po podaniu środka kontrastowego, badanie wielofazowe 5.03.00.0000062		
<input type="checkbox"/>	TK- badania angiograficzne, w tym koronarografia - lub koronarografia z oceną funkcji serca 5.03.00.0000063		
<p>Lekarz radiolog decyduje o obszarze i sposobie wykonania badania zgodnie z § 4 pkt 1,5 Rozp. Min. Zdrowia z dn. 25.08.2005 r. (Dz.U.2005, nr 194, poz. 1625) oraz art. 33c ust. 9 Ustawy z dn. 29.11.2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. 2001, nr 3, poz. 18 z późn.zm.)</p>			
Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem:.....			
Wyznaczony termin badania:.....			
Wyrażam zgodę na badanie i dożylne podanie kontrastu			
.....			
Podpis Pacjenta i/lub opiekuna			

Uwaga,

Pacjent podczas badania przebywa w silnym polu magnetycznym, w związku z czym nie może mieć przy sobie żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola (np. komórki, karty magnetyczne, magnetyczne nośniki danych, urządzenia elektryczne) i inne.

**NZOZ Centrum Zdrowia SALUS NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USDZKODZENIA TAKICH RZECZY.**

Badanie wymaga przebywania w bezruchu podczas jego wykonywania.

Osoby poniżej 18 roku życia zgłaszają się na badanie z osobą pełnoletnią: rodzicem lub opiekunem prawnym.

Silne pole magnetyczne może spowodować utratę właściwości antykoncepcyjnych wkładki wewnątrzmacicznej.

Badania MR u kobiet w ciąży wykonuje się tylko na podstawie wyraźnego uzasadnienia klinicznego przez lekarza kierującego. Na badanie należy być bez makijażu.

**PROSIMY WYPEŁNIĆ/ZAZNACZYĆ** czy w ciele pacjenta znajdują się przedmioty, których obecność jest bezwzględny lub względnym przeciwwskazaniem do wykonania badania lub też mogą być źródłem zakłóceń obrazu:

Czy posiada Pan/Pani w swoim ciele:	TAK	NIE
- sztuczne zastawki serca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zastawki komorowe lub rdzeniowe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- neurostymulatory.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- implant słuchowy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- metalowe opiłki w ciele lub skórze.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- metalowe protezy stawów.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- metalowe mostki zębowe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- metalowe szwy chirurgiczne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- metalowe opiłki w oku.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inne wszczępione metale .....		

Przebyte operacje: .....

Uwaga,

W trakcie badania może zajść konieczność dożylnego podania kontrastu celem lepszego uwidocznienia badanych narządów. Środek ten (Magnevist) jest dobrze tolerowany (nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do jego podania), jednak w rzadkich przypadkach może wywołać działania niepożądane (najczęstsze to nudności, bóle głowy, uczucie ciepła lub zimna).

W celu bezpiecznego stosowania kontrastu proszę dokładnie zapoznać się z poniższymi informacjami i w razie udzielenia choćby jednej odpowiedzi „TAK” należy skonsultować się z lekarzem kierującym na badanie celem rozważenia potencjalnego ryzyka i korzyści z badania. Proszę zakreślić w kółko właściwą odpowiedź.

- czy w przeszłości występowały u Pani/Pana reakcje po podaniu środków kontrastowych	TAK	NIE
- czy choruje Pani/Pan na astmę oskrzelową lub inne choroby alergiczne (uczulenia, itp.)	TAK	NIE
- czy jest Pani w ciąży lub karmi piersią	TAK	NIE
- czy przyjmuje Pani/Pan beta-blokery (np. Metocard, Betalok, Bisocard lub inne)	TAK	NIE
- czy choruje Pani/Pan na choroby układu sercowo-naczyniowego	TAK	NIE
- czy choruje Pani/Pan na ciężkie zaburzenia czynności nerek lub padaczkę	TAK	NIE

W związku z ewentualną koniecznością zastosowania kontrastu w trakcie badania - pacjent powinien być przez 2 godz. przed badaniem na czczo oraz po podaniu kontrastu pozostać jeszcze przynajmniej pół godziny pod kontrolą lekarza.

OŚWIADCZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM/AM POWYŻSZE UWAGI ORAZ PODAŁEM/AM INFORMACJE ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM. WSZELKIE WĄTPLIWOŚCI WYJAŚNIONO MI W PRACOWNI MR. ZGADZAM SIĘ NA PODANIE ŚRODKA KONTRASTOWEGO, JEZLI OKAŻE SIĘ TO KONIECZNE.

.....  
Podpis pacjenta, rodzica lub opiekuna prawnego

.....  
Czytelny podpis i pieczętka lekarza kierującego