

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 pieczęć lekarza kierującego  
nr prawa wykonywania zawodu

| PROCEDURY WEDŁUG KODÓW NFZ<br>(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 badania 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                                                             |                          |                                                                                                                                               |

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.)

Termin zgłoszenia się pacjenta ze skierowaniem:.....

Wyznaczony termin badania:.....

Wyrażam zgodę na badanie i dożylnie 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.

**Centrum Zdrowia SALUS NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIA 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 względny 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 opłuki 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 opłuki w oku.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - inne wszczone 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 pieczęć lekarza kierującego