

**ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ МРТ ДІАГНОСТИКИ
ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI**



Прізвище.....Імена.....Тези.....

PESEL

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

Адреса.....

Номер телефону для отримання результатів.....

Я заявляю, що мене поінформували про те, що результати можна отримати онлайн на сайті www.zbadani.pl. Мене буде повідомлено текстовим повідомленням на номер, вказаний вище, про те, що результати/опис готові до отримання. Для доступу до результатів потрібен номер PESEL пацієнта та вказаний номер телефону. Я усвідомлюю, що надання неправильного номера завадить доступу до результатів тесту.

Дата підпис пацієнта.....

ДЕЯКІ МЕТАЛЕВІ ПРЕДМЕТИ, ЯКИМИ ВОЛОДІЄ ПАЦІЄНТ ПІД ЧАС ДІАГНОСТИКИ, МОЖУТЬ АГРОЖУВАТИ ЗДОРОВ'Ю ЧИ ЖИТТЮ.

Під час обстеження пацієнт перебуває в дуже сильному магнітному полі, а це означає, що у нього не може бути ніяких металевих предметів або предметів, чутливих до цього поля, тобто: слухових апаратів, годинників, електронних приладів, карток і магнітних носіїв, мобільних телефонів.

ЦЕНТР НЕ НЕСЕ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ЗА БУДЬ-ЯКІ ПОШКОДЖЕННЯ ЦИХ ПРЕДМЕТІВ.

Через шум, який виробляють томографи під час діагностики, ми рекомендуємо мати беруші. Під час діагностики потрібно не ворухитися і знаходитися в обмеженому просторі протягом декількох десятків хвилин. Макіяж може запобігти або значно знизити якість огляду голови. Для проведення МРТ надягайте одяг, що не містить металевих аксесуарів (блискавок, застібок тощо) та не надягайте прикраси.

NIEKTÓRE PRZEDMIOTY METALOWE POSIADANE PRZEZ PACJENTA W TRAKCIE BADANIA MOGĄ NARAZIĆ NA UTRATĘ ZDROWIA LUB ŻYCIA.

Pacjent podczas badania przebywa w bardzo silnym polu magnetycznym co oznacza, że nie może posiadać żadnych przedmiotów metalowych oraz takich, które są wrażliwe na działanie tego pola takie jak: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektroniczne, karty magnetyczne, nośniki magnetyczne, telefony komórkowe.

PRACOWNIA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA EWENTUALNE USZKODZENIE TYCH PRZEDMIOTÓW.

Ze względu na hałas towarzyszący badaniu zalecamy wkładki wyciszające do uszu. Badanie wymaga przebywania w bezruchu i ograniczonej przestrzeni przez kilkadziesiąt minut. Makijaż może uniemożliwić lub znacznie obniżyć jakość badania głowy. Do badania MRI prosimy o ubiór nie zawierający dodatków metalowych (suwaki, zatrzaski itp.), oraz o nie zakładanie biżuterii.

ОБВЕДІТЬ ПРАВИЛЬНУ ВІДПОВІДЬ

Чи має пацієнт електронні, механічні або магнітні імплантати, такі як: кардіостимулятори або внутрішні електроди (наприклад, внутрішні електроди, внутрішньовушні слухові апарати, операцію з відновлення ланцюга слухових кісточок, кохлеарний імплантат, інсулінову помпу та інші пристрої для доставки ліків? Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, plastikę kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki? Якщо відповідь "ТАК", пацієнт не може пройти МРТ діагностику Odpowiedź „ТАК” oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI	ТАК	НІ
Чи є у пацієнта імплантати, такі як: кліпси для аневризм, судинні кліпси, емболізаційні спіралі, судинні фільтри, нейростимулятори, біостимулятори, штучні клапани, внутрішньоматкові спіралі? Czy pacjent posiada wszczepy takie jak: klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostimulatory, biostimulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne? (якщо так, будь ласка, підкресліть відповідне) (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	ТАК	НІ
Чи є у пацієнта: протези кісток, імплантати, зубні протези, металеві анастомози, сталеві нитки, затискачі, що стимулюють ріст кісток, уламки або стружки в тілі (особливо в очі, очах)? Czy pacjent posiada: protezy kości, implanty, protezy zębowe, zespolenia metalowe, nici stalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku, oczach)? <u>(якщо так, будь ласка, підкресліть відповідне)</u> <u>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</u>	ТАК	НІ
Чи робив пацієнт якісь операції, якщо так, будь ласка, вкажіть: Czy pacjent miał wykonywane jakiekolwiek operacje, jeżeli tak proszę wymienić: 	ТАК	НІ
Чи в день проведення діагностики Ви проходите лікування в лікарні? (стосується досліджень у Національному фонді охорони здоров'я (NFZ)) Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania jest w trakcie leczenia szpitalnego? (dotyczy badania na NFZ)	ТАК	НІ
Ви страждаєте на клаустрофобію? Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?	ТАК	НІ
Ви коли-небудь отримували травму очного яблука металевими стружками? Czy miała Pani/Pan kiedykolwiek uraz gałki ocznej opiłkiem metalowym?	ТАК	НІ

ЗГОДА ПАЦІЄНТА (батьків, опікунів чи довірених осіб) НА ПРОВЕДЕННЯ МРТ ДІАГНОСТИКИ

ZGODA PACJENTA (rodziców, opiekunów lub pełnomocników) NA WYKONANIE BADANIA MRI

Якщо необхідно провести дослідження з введенням контрастної речовини внутрішньовенно, я погоджуюсь на це. W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę. Ваш поточний результат креатиніну..... Aktualny wynik poziomu kreatyniny	ТАК	НІ
---	-----	----

У вас коли-небудь була алергічна реакція на використання фармацевтичних препаратів? Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? якщо так, то вкажіть, на які саме: jeśli tak proszę wymienić na jakie: 	TAK	NI
Ви страждаєте на: захворювання щитовидної залози, нирок, печінки, астму, гіпертонію, епілепсію, діабет? Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę? (якщо так, будь ласка, підкресліть відповідне) (jeśli tak proszę podkreślić właściwe)	TAK	NI
Ви коли-небудь робили МРТ із контрастною речовиною? Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?	TAK	NI
Чи виникали у вас алергічні реакції після введення контрастної речовини, що використовується при МРТ-дослідженні? Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe?	TAK	NI
- стосується жінок: чи вагітна пацієнтка? - dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży?	TAK	NI

Я, нижчепідписаний, заявляю, що прочитав та зрозумів вищезазначену інформацію, яка відповідає фактичному стану.

Я несу повну відповідальність за надану інформацію. Мені відомі всі ризики, пов'язані із вищезазначеним обстеженням. Цим я погоджуюсь на проведення вищезазначеного дослідження.

Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym.

Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znane są mi wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.

Дата..... підпис пацієнта.....

У разі приватного обстеження я беру на себе зобов'язання покрити вартість дослідження, тобто..... злотих, згідно з прейскурантом Медичного Центру SALUS.

У ситуації, коли, незважаючи на попередню згоду на діагностику, я відмовляюся від дослідження, я беру на себе зобов'язання покрити витрати на приготувану контрастну речовину.

W przypadku badania prywatnego zobowiązuję się pokryć koszt badania tj. zł, zgodnie z cennikiem Centrum Zdrowia SALUS.

W sytuacji, gdy pomimo wcześniejszego wyrażenia zgody na badanie, zrezygnuję z badania, zobowiązuję się do pokrycia kosztów przygotowanego środka kontrastowego.

Дата..... підпис пацієнта

Адміністратором даних є ТОВ SALUS із зареєстрованим офісом в Слупську за адресою вул. Zielonej 8. Ваші персональні дані оброблятимуться лише з ціллю та в обсязі, необхідному для надання медичних послуг, на основі положень Закону від 29 серпня 1997 року про захист персональних даних (звед. текст З. В. з 2015 року, п. 2135, із пізн. змінами.). Надає право отримати доступ до змісту даних та можливість їх виправлення.

Administratorem Danych jest SALUS Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku przy ul. Zielonej 8. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do udzielenia usług medycznych w oparciu o zapisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.). Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania.

Якщо Ви читаєте цей документ перед тим, як зв'язалися з нашим центром, то:

Просимо Вас з'явитися за 15 хвилин до призначеного часу дослідження- безпосередньо в кабінет 222 / 40 - для того, щоб заповнити та підписати цей документ (згода на діагностику). Ми докладаємо всіх зусиль для того, щоб діагностика була проведена відповідно до узгодженої дати. Будь ласка, вибачте нас, якщо, незважаючи на всі зусилля, відбудеться затримка.

В ДЕНЬ ОБСТЕЖЕННЯ ВИ ПОВИННІ ВЗЯТИ:

- направлення на МРТ діагностику
- поточний результат креатиніну (діє 21 день)
- попередні обстеження УЗД, КТ та МРТ з описом та компакт-дисками
- документ, що посвідчує особу з номером PESEL

УВАГА, пацієнти з імплантатами, металевими анастомозами, ендопротезами повинні надати письмовий висновок (від направляючого лікаря) про відсутність протипоказань для МРТ дослідження із вищезазначеними імплантатами, металевими анастомозами, ендопротезами.

ДЛЯ ДОСЛІДЖЕННЯ СЛІД:

- надягти одяг, який не має металевих елементів
- НЕ ПОТРІБНО ПРИХОДИТИ НАТЩЕСЕРЦЕ! (крім обстеження органів черевної порожнини, тоді не їсти за 6 годин до обстеження)

Jeżeli czytasz ten dokument jeszcze przed zgłoszeniem się do naszej pracowni, to:

Bardzo prosimy o zgłoszenie się 15 min. przed ustaloną godziną badania - bezpośrednio do gabinetu 222 / 40 - w celu wypełnienia i podpisania niniejszego dokumentu (zgody na badanie). Dokładamy wszelkich starań, by badanie odbyło się zgodnie z ustalonym terminem. Prosimy nam wybaczyć, jeżeli pomimo naszych starań nastąpi niezawinione opóźnienie.

W DNIU BADANIA NALEŻY ZABRAĆ:

- skierowanie na badanie MR
- aktualny wynik kreatyniny (ważny 21 dni)
- wcześniejsze badania USG, TK, MR z opisami i płytami CD
- dokument tożsamości z numerem PESEL

UWAGA, pacjenci posiadający implanty, zespolenia metalowe, endoprotezy zobowiązani są dostarczyć pisemną opinię (od lekarza kierującego) o braku przeciwwskazań do wykonania badania MR z w/w implantami, zespoleniami metalowymi, endoprotezami.

DO BADANIA NALEŻY:

- ubrać się w rzeczy, które nie posiadają elementów metalowych
- NIE TRZEBA BYĆ NA CZCZO! (z wyjątkiem badania jamy brzusznej, wtedy trzeba być na czczo 6 godzin przed badaniem)