

# ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI



Nazwisko ..... Imię ..... Waga .....  
 PESEL 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Adres .....

**Nr telefonu do odbioru wyników .....**

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że odbiór wyników odbywa się on-line pod adresem [www.zbadani.pl](http://www.zbadani.pl). O tym, że wynik / opis są już gotowe do odbioru zostaną powiadomiony SMS-em na wskazany powyżej numer, a warunkiem dostępu do wyników jest podanie PESEL-u pacjenta i wskazanego numeru telefonu. Jestem świadomy/a, że podanie błędnego numeru uniemożliwi dostęp do wyników badania.

Data ..... podpis pacjenta .....

## 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: aparaty słuchowe, zegarki, urządzenia elektron., karty i 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.

## ZAKREŚL KÓŁKIEM WŁAŚCIWĄ ODPOWIEDŹ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Czy pacjent posiada wszczepy elektroniczne, mechaniczne bądź magnetyczne takie jak: <i>rozrusznik serca lub elektrody wewnętrzne (np. elektrody wewnętrzne, wewnętrzny aparat słuchowy, plastikę kosteczek słuchowych, wszczep ślimaka, pompę insulinową i inne urządzenia podające leki?</i> | TAK | NIE |
| <b>Odpowiedź „TAK” oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI</b>                                                                                                                                                                                                                   |     |     |
| Czy pacjent posiada wszczepy takie jak: <i>klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne?</i><br><i>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</i>                                | TAK | NIE |
| Czy pacjent posiada: <i>protezy kości, implanty, protezy zębowe, zespolenia metalowe, nici stalowe, klamry stymulujące wzrost kości, odłamki lub opiłki w ciele (zwłaszcza w oku, oczach)?</i><br><i>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</i>                                               | TAK | NIE |
| Czy pacjent miał wykonywane jakiekolwiek operacje, jeżeli tak proszę wymienić:<br>.....                                                                                                                                                                                                       | TAK | NIE |
| Czy Pani/Pan w dniu wykonywania badania jest w trakcie leczenia szpitalnego? (dotyczy badania na NFZ)                                                                                                                                                                                         | TAK | NIE |
| Czy cierpi Pani/Pan na klaustrofobię?                                                                                                                                                                                                                                                         | TAK | NIE |
| Czy miała Pani/Pan kiedykolwiek uraz gałki ocznej opiłkiem metalowym?                                                                                                                                                                                                                         | TAK | NIE |

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

|                                                                                                                                                            |            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| <b>W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę.</b>                                            | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| Czy kiedykolwiek wystąpiły reakcje uczuleniowe na podanie środków farmaceutycznych? <u>jeśli tak proszę wymienić na jakie:</u> .....                       | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| Czy choruje Pani/Pan na: choroby tarczycy, nerek, wątroby, astmę, nadciśnienie tętnicze, padaczkę, cukrzycę? <u>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</u> | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| Czy kiedykolwiek miała Pani/Pan wykonywane badanie MRI z użyciem środka kontrastowego?                                                                     | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| Czy po podaniu środka kontrastowego użytego podczas badania MRI wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe?                                                 | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| - dotyczy kobiet: czy pacjentka jest w ciąży?                                                                                                              | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |

**Ja niżej podpisany oświadczam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe informacje, które są zgodne ze stanem faktycznym. Biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje. Znam wszystkie zagrożenia związane z wykonaniem w/w badania. Niniejszym wyrażam zgodę na wykonanie w/w badania.**

Data ..... podpis pacjenta .....

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.

Data ..... podpis pacjenta .....

*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.*

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

*Bardzo prosimy o zgłoszenie się 15 min. przed ustaloną godziną badania - bezpośrednio pod gabinet - 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
- 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)