

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA MRI



Nazwisko Imiona

PESEL Waga

Adres zamieszkania Tel. kontaktowy

NIKTÓRE 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
Odpowiedź „TAK” oznacza, że pacjent nie może być poddany badaniu MRI		
Czy pacjent posiada wszczepy takie jak: <i>klipsy na tętniaku, klipsy naczyniowe, spirale embolizujące, filtry naczyniowe, neurostymulatory, biostymulatory, sztuczne zastawki, spirale wewnątrzmaciczne?</i> <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> <i>(jeśli tak proszę podkreślić właściwe)</i>	TAK	NIE
Czy pacjent miał wykonywane jakiegokolwiek operacje, jeżeli tak proszę wymienić:	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

W przypadku konieczności wykonania badania z podaniem środka kontrastowego dożylnie wyrażam na to zgodę. Aktualny wynik poziomu kreatyniny	TAK	NIE
---	------------	------------

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

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.

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 do gabinetu 222 - 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)