



ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO 0,2T 1,5T

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego kwestionariusza.

Wszystkie informacje medyczne są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

Data badania

(pieczęćka jednostki kierującej)

Nazwisko Imię

Data urodzenia PESEL

Numer telefonu Waga

Czy występowało u Pani/Pana:	TAK	NIE
Nieregularne bicie serca		
Nagła utrata przytomności		
Stany lękowe (klaustrofobia)		
Czy jest Pani w ciąży?		

Ponieważ metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto stanowią w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do badania, prosimy o zaznaczenie, jeżeli jakkolwiek z niżej wymienionych sytuacji odnosi się do Pani/Pana

Czy posiada Pani/Pan w swoim ciele:	TAK	NIE
Rozrusznik serca		
Metalowe opiłki w ciele lub skórze (czy pracował(a) Pan(i) przy obróbce metali skrawaniem?)		
Implant słuchowy		
Sztuczne zastawki serca		
Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe		
Zastawki komorowe lub rdzeniowe		
Neurostymulatory		
Metalowe protezy stawów		
Metalowe mostki zębowe		
Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale)		
Metalowe szwy chirurgiczne		
Inne wszczepione metale (jakie?)		
Czy poinformowano Panią/Pana o możliwości podania kontrastu?		

Wyrażam zgodę na badanie rezonansu magnetycznego i dożylnie podanie środka kontrastowego

.....
(podpis Pacjenta)