** ANKIETA PACJENTA**

PRZED WYKONANIEM BADANIA REZONANSEM MAGNETYCZNYM

**Imię i nazwisko Pacjenta** ………………………………………………………………………

**PESEL** ……………………………………………… **Waga** ……………… **Wzrost** ………………………

W czasie badania RM pacjent przebywa w stałym polu magnetycznym od 20 do 60 minut. Wymagane jest bezwzględne leżenie w bezruchu. W niektórych przypadkach konieczne jest podanie środka kontrastowego przez małą igłę wkłuwaną w ramię pacjenta. Środek kontrastowy jest bezpieczny, jednakże jest małe ryzyko wystąpienia reakcji alergicznej.

Przed wejściem do pomieszczenia badań należy bezwzględnie pozbyć się metalowych przedmiotów takich jak: klucze, zegarki, telefony, długopisy, spinki do włosów, kolczyki, klipsy, karty magnetyczne, itp. Niezastosowanie się do powyższego zalecenia może spowodować uszkodzenie aparatu, uszkodzenie wniesionych przedmiotów lub narazić na niebezpieczeństwo obsługę urządzenia lub pacjenta.

**Bezwzględnym przeciwwskazaniem do wykonania badania RM jest posiadanie**

 **przez pacjenta: stymulatora serca (rozrusznik), neurostymulatora,**

**pompy insulinowej, implantu wewnątrzślimakowego, metalicznych opiłków**

**w oku. Nie zaleca się wykonania badania w I trymestrze ciąży.**

**W trosce o Państwa bezpieczeństwo prosimy o rzetelne wypełnienie ANKIETY.**

Wszelkie informacje medyczne objęte są tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane

do celów innych niż medyczne.

|  |
| --- |
| **1. Czy ma Pan/Pani wszczepiony neurostymulator? TAK NIE**  |
| **2. Czy ma Pan/Pani wszczepioną pompę insulinową? TAK NIE**  |
| **3. Czy ma Pan/Pani wszczepiony implant wewnątrzślimakowy? TAK NIE**  |
| **4. Czy ma Pan/Pani wszczepiony rozrusznik serca? TAK NIE**  |
| **5. Czy Pan/Pani założone klipsy naczyniowe? TAK NIE**  |
| **6. Czy może Pan/Pani mieć metalowe opiłki w oku i/lub skórze? TAK NIE**  |
| **7. Czy ma Pan/Pani zastawki komorowe lub rdzeniowe? TAK NIE**  |
| **8. Czy ma Pan/Pani metalowe szwy chirurgiczne? TAK NIE**  |
| **9. Czy ma Pan/Pani w ciele operacyjnie założone metalowe elementy? TAK NIE** Jeżeli **TAK**, to gdzie są zlokalizowane i z jakiego stopu są wykonane?(np.: implant słuchowy, sztuczna zastawka serca, metalowa endoproteza, stenty, śruby,nici kosmetyczne itp.) ……………………….……………………………………… |
| **10. Czy ma Pan/Pani protezy zębowe? TAK NIE**  |
| **11. Czy ma Pan/Pani metalowe mostki zębowe (aparat ortodontyczny)? TAK NIE**  |
| **12. Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię lub inne stany lękowe? TAK NIE**  |
| **13. Czy występują u Pana/Pani reakcje alergiczne? TAK NIE**(na środki kontrastowe, leki, inne) Jeżeli **TAK**, proszę podać jakie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **14. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę nerek? TAK NIE** |
| **15. Czy jest Pani w ciąży? NIE DOTYCZY TAK NIE** |
| **16. Czy ma Pani metalowe wkładki wewnątrzmaciczne? NIE DOTYCZY TAK NIE** |
| **17. Zgadzam się na podanie środka kontrastowego NIE DOTYCZY TAK NIE** |
| **18. Zgadam się na wykonanie badania Rezonansem Magnetycznym TAK NIE** |

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a zakreślone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym.

Miechów, dn. …………………………... Podpis Pacjenta lub Opiekuna ………………………………………..