

**Załącznik nr 23**

do Instrukcji w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie (Zarządzenie nr 51/VII/NP/O/2013 DN „MCZ” S.A. w Lubinie z dnia 12.11.2013 r.)

**Załącznik do skierowania na badanie MR (dla Pacjenta)**

W czasie badania MR Pacjent przebywa w stałym i bardzo silnym polu magnetycznym. Przebywanie w jego zasięgu może być bardzo niebezpieczne. Dlatego też prosimy o uważne zapoznanie się z informacjami poniżej i udzielenie prawdziwych odpowiedzi.

Nazwisko i imię Pacjenta, adres, PESEL	Waga [kg]	Data urodzenia

Do pomieszczenia badań nie wolno wносить kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, spinek do włosów, biżuterii oraz innych metalowych przedmiotów.

Przed badaniem należy usunąć makijaż, protezy zębowe, spinki do włosów, kolczyki, naszyjniki, zegarki, Aparat słuchowy, okulary, itp.

Niezastosowanie się do powyższego zakazu może narazić na niebezpieczeństwo zdrowie Pacjenta.

Pytania: Czy Pacjent...	TAK	NIE
miał robione operacje na sercu?		
miał robione operacje brzucha?		
miał robione operacje ucha?		
miał robione operacje kręgosłupa?		
miał wszczepiane metaliczne implanty (tj. śruby, płytki, gwoździe, protezy, klipsy, stabilizatory, itp.)?		
ma inne elementy metaliczne w ciele, np. kula postrzałowa, odłamki, opilki (np. w oku)?		
ma protezę zębów, implanty zębowe, kłamry zębowe, , plomby amalgamatowe?		
ma tatuaż lub makijaż permanentny?		
ma perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?		
ma aparat słuchowy?		
cierpi na klaustrofobię – lęk przed zamkniętymi pomieszczeniami?		
ma zaawansowaną niewydolność serca?		
jest uczulony na środki kontrastowe, leki, inne substancje?		
choruje na poważne schorzenia nerek?		
Czy jest Pani w ciąży?		

Jeżeli chociaż jedna z odpowiedzi jest TAK, proszę skontaktować się z pielęgniarką pracowni MR.

Treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, zaznaczone odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność za ewentualne skutki wynikające z podania nieprawdziwych odpowiedzi lub zatajenia informacji związanych z badaniem MR poniosę osobiście.

.....  
/data wypełnienia ankiety/

.....  
/czytelny podpis Pacjenta / opiekuna prawnego/

Wypełnia personel pracowni MR	
Załącznik został przyjęty i sprawdzony	UWAGI:
Data.....	Podpis.....

