

Załącznik nr 9

do Instrukcji w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w ZDO Szpitala „MCZ” S.A. w Lubinie i w innych komórkach organizacyjnych ZDO „MCZ” S.A.

ANKIETA - Załącznik do badania MR dla Pacjenta

W czasie badania MR Pacjent przebywa w silnym polu magnetycznym. Prosimy o uważne zapoznanie się z zamieszczonymi poniżej informacjami i zaznaczenie właściwych odpowiedzi w kółko.

Nazwisko i imię Pacjenta	PESEL	Tel. kontaktowy	Wzrost	Waga

Informacje dla pacjenta:

Do pomieszczenia badań nie wolno wносить kluczy, zegarków, kart magnetycznych, telefonów, biżuterii ani innych metalowych i elektronicznych przedmiotów.

Przed badaniem należy zdjąć: protezy zębowe, spinki do włosów, kolczyki, naszyjniki, zegarki, aparat słuchowy, okulary, itp.

W przypadku wszczepionych urządzeń elektronicznych/mechanicznych, implantów – przed wykonaniem badania niezbędne jest okazanie certyfikatu - paszportu dopuszczającego wszczepione urządzenia do przebywania w polu elektromagnetycznym.

Z uwagi na bezpieczeństwo Pacjenta prosimy o dokładne wypełnienie poniższej ankiety i zaznaczenie w kółko prawidłowej odpowiedzi.

Czy Pan/Pani ma/miał wykonywane?

1. Rozrusznik serca czasowy lub stały, kardiowerter-defibrylator, elektrody wewnętrzne, pozostawione elektrody po stymulatorach, defibrylatorach? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
2. Urządzenia wspomagające komory serca, cewniki monitorujące w tętnicy płucnej, balony wewnątrzaoortalne (baloon pumps) (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
3. Implant ślimakowy, wewnętrzny aparat słuchowy, miał/a plastikę kosteczek słuchowych?	TAK	NIE
4. Implantowaną pompę insulinową? Lub inne urządzenia podające leki?	TAK	NIE
5. Elementy metaliczne w gałce ocznej lub oczodole (odłamki, opiłki)?	TAK	NIE
6. Klipsy naczyniowe wewnątrzczaszkowe (po operacji tętniaka), spirale embolizacyjne (colis)?	TAK	NIE
7. Neurostymulator, drenaż dokomorowy (zastawkę neurochirurgiczną), pompę baklofenową? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
8. Stentgraft w aorcie?	TAK	NIE
9. Wszczepioną sztuczną zastawkę serca? Filtry naczyniowe (żyły głównej)? (właściwe podkreślić)		
10. Okludery w sercu, krążki po annuloplastyce (serce)? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
11. Metalowe zespolenia, protezy stawu lub kończyny, jakiekolwiek implanty ortopedyczne (śruby, płytki, gwoździe, zespolenia metalowe, klamry, aparaty stabilizujące, stabilizatory kręgosłupa, itp.)?	TAK	NIE
12. Elementy metaliczne w tkankach miękkich ciała – odłamki, opiłki, kula postrzałowa, itp.	TAK	NIE
13. Stenty wieńcowe do naczyń obwodowych?	TAK	NIE
14. Protezę zębów, aparat ortodontyczny , implanty zębowe, klamry zębowe? (właściwe podkreślić)	TAK	NIE
15. Sztuczną skórę, perukę, sztuczne włosy mocowane za pomocą elementów metalowych?	TAK	NIE
16. Jakikolwiek inny implant? Jaki?	TAK	NIE
17. Czy miał/a Pan/Pani wykonywany zabieg/zabiegi operacyjne chirurgiczne, ortopedyczne, neurochirurgiczne? (klipsy chirurgiczne) Proszę podać jakie i datę	TAK	NIE

18. Czy cierpi Pan/Pani na klaustrofobię?	TAK	NIE
19. Dotyczy kobiet – Czy ma Pani spiralę wewnątrzmaciczną?	TAK	NIE
20. Dotyczy kobiet – Czy jest Pani w ciąży lub podejrzewa Pani ciążę?	TAK	NIE

Pytania związane z podaniem kontrastu:

1. Czy miał/a Pan/Pani wykonywane badanie obrazowe z podaniem środka kontrastowego? Np. TK, MR, Urografia, koronarografia, angiografia, mammografia spektralna – jakie?	TAK	NIE
2. Czy po podaniu środka kontrastowego wystąpiły jakiegolwiek reakcje uczuleniowe?	TAK	NIE
3. Czy aktualnie występują u Pana/Pani jakiegolwiek alergię wymagające leczenia? Uczulenia na leki?	TAK	NIE
4. Czy choruje Pan/Pani na astmę?	TAK	NIE
5. Czy choruje Pan/Pani na niewydolność nerek?	TAK	NIE

Jeżeli chociaż na jedno z pytań powyżej odpowiedział/a Pan/Pani TAK, proszę poinformować personel pracowni MR.

Pytania niezbędne do oceny badania:

1. Czy miał/a Pan/Pani w przeszłości diagnostykę badanej obecnie okolicy (TK, MR, USG, RTG)? Jeśli tak, to proszę podać jakie badanie i kiedy	TAK	NIE
2. Czy dostarczył/a Pan/Pani wyżej wymienione badanie?	TAK	NIE
3. Czy podczas tego badania był podawany środek kontrastujący?	TAK	NIE
4. Czy był/a Pan/Pani leczona z powodu obecnego schorzenia?	TAK	NIE
5. Czy miał/a Pan/Pani zabiegi operacyjne? Proszę wymienić jakie i datę	TAK	NIE
6. Czy miał/a Pan/Pani chemioterapię lub radioterapię badanej okolicy ? Kiedy się zakończyła?	TAK	NIE
7. Jeśli chemioterapia/radioterapia dotyczyła innego schorzenia, proszę podać kiedy i z jakiego powodu		
8. Czy przeczytał/a Pan/Pani informację dotyczącą badań MR otrzymaną podczas rejestracji?	TAK	NIE

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