

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

NAZWISKO:								
IMIE:								
NR PESEL:								
DATA URODZENIA:								
NR TELEFONU:								
ADRES E-MAIL:								
WAGA CIAŁA [kg]:				WZROST [cm]:				
BADANA OKOLICA:								
CEL BADANIA:								
DOSTARCZONO WYNIK BADANIA POZIOMU KREATYNYNY:				tutaj wpisać poziom				
KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM RM			TAK	NIE	NIE WIEM			
	Czy jest Pani w ciąży? (zaznaczyć „NIE” jeśli nie dotyczy)							
	Jeśli tak, proszę wskazać stopień jej zaawansowania (np. w trymestrach)							
	Czy w przeszłości wykonywano u Pana/i badanie RM lub TK z podaniem kontrastu?							
	Czy po podaniu środka kontrastowego użytego w czasie badania wystąpiły u Pani/Pana reakcje uczuleniowe? (zaznaczyć „NIE”, jeśli nie dotyczy)							
	Jeśli tak, to jakie?							
	Czy choruje Pan/i na astmę oskrzelową?							
	Czy występują u Pana/i uczulenia lub alergie?							
	Jeśli tak, to jakie?							
	Czy choruje Pan/i na choroby nerek (np. niewydolność)?							
	Czy choruje Pan/i na klaustrofobię?							
	Czy choruje Pan/i na padaczkę lub inne choroby układu nerwowego?							
	Jeśli tak, to jakie?							
	Czy choruje Pan/i na zaburzenia rytmu serca?							
	Czy posiada Pan/i: rozrusznik serca, neurostymulator, opłuki metalu w oku lub w skórze, implant słuchowy, sztuczne zastawki serca, zastawki, metalowe protezy, szwy chirurgiczne metalowe, spirale wewnątrzmaciczne metalowe, mostki zębowe metalowe, aparat ortodontyczny, protezy zębowe, inne...							
Jeśli tak, to które z powyższych lub inne?								

Świadomie wyrażam zgodę na:

Przeprowadzenie badania rezonansem magnetycznym

.....
Data i podpis pacjenta

Podanie środka kontrastowego w trakcie badania rezonansem magnetycznym

.....
Data i podpis pacjenta

Pacjent oświadcza, że jeżeli do wykonania usługi nie dojdzie z przyczyn leżących po stronie pacjenta (np. poruszenie się w trakcie badania, przerwanie badania przez pacjenta), pacjentowi nie przysługuje roszczenie o zwrot ceny badania.

.....
Data i podpis pacjenta

PACJENCIE! Badanie metodą rezonansu magnetycznego jest nieinwazyjne i nie wywołuje bólu. W celu prawidłowego wykonania badania, prosimy o zastosowanie się do poniższych wskazówek i informacji oraz poleceń personelu Pracowni RM.

PRZECIWWSKAZANIA:

- Bezwzględny przeciwwskazaniem do wykonania badania RM jest posiadanie przez Pacjenta stymulatora serca oraz wszystkich innych biostymulatorów, wewnętrznych, protez słuchowych, klipsów naczyniowych, opłoków metalu w oku lub innych częściach ciała.
- Badanie RM w pierwszym trymestrze ciąży należy ograniczyć do ważnych wskazań medycznych.
- Badań RM z kontrastem z zasady nie wykonuje się u kobiet w ciąży, lekarz może jednak zdecydować o podaniu środka kontrastowego w uzasadnionych przypadkach.
- Przeciwwskazaniem dla podania środka kontrastowego są problemy z nerkami, jednak w uzasadnionych przypadkach lekarz może zdecydować o wykonaniu badania RM z kontrastem przy użyciu np. takiej ilości kontrastu, by mniej obciążyć nerki, lecz uzyskać efekt wystarczającej poprawy widoczności obrazowanych struktur.
- Szczególnym ryzykiem w przypadku badań RM z kontrastem objęte są osoby ze skłonnościami do alergii, a zwłaszcza takie, u których w przeszłości wprost stwierdzono nadwrażliwość na kontrast. Sygnałem ostrzegawczym może być stwierdzona wcześniej alergia na jodowe kontrasty wykorzystywane np. w badaniach TK, nie musi to jednak oznaczać uczulenia na kontrasty stosowane w badaniach RM.

POWIKŁANIA:

Powikłania niewynikające z niestosowania się do przeciwwskazań wymienionych w Ankiecie stanowiącej integralną część niniejszego dokumentu, a związane z wykonywaniem badania rezonansem magnetycznym mogą być następujące:

- następstwa pozycji leżącej (np. wymioty, zachłyśnięcie się treścią pokarmową, zaburzenia oddychania, np. duszność),
- powikłania związane z dożylnym podaniem gadolinowego środka kontrastowego: miejscowe reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy (np. obrzęk, zaczerwienienie skóry, świąd) lub ogólnoustrojowe reakcje uczuleniowe na środek kontrastowy (np. zaburzenia kardiologiczne – arytmie, zaburzenia częstości tętna, ciśnienia krwi; zaburzenia oddechow – duszność, obrzęk krtani, spastyczność oskrzeli, zaburzenia neurologiczne – zaburzenia świadomości, przytomności, utrata przytomności, mieszane – zatrzymanie krążenia i oddychania), powikłania mogą mieć charakter lekkiego, średniego i ciężkiego, do zatrzymania krążenia i oddychania włącznie. Powikłania mogą być wczesne (bezpośrednio po dożylnym podaniu środka kontrastowego) lub późne (śródmiażdżowe zwłóknienie nerek).
- powikłania związane z dożylnym założeniem wenflonu i wynacynieniem środka kontrastowego poza żyłę: uszkodzenie naczyń krwionośnych, zator lub zakrzep w naczyniu żylnym, rozwarstwienie naczyń żylnych i śródściennych podanie środka kontrastowego, lokalne zmiany zapalne w miejscu wynacynienia środka kontrastowego poza żyłę, zakrzepica żył powierzchownych i głębokich, powikłanie odległe – martwica tkanek miękkich,

WAŻNE! Do pomieszczenia badań RM nie wolno wносить żadnych metalowych przedmiotów (telefonu, zegarka, kluczy, kart magnetycznych, spinek, biżuterii itp.). Niezastosowanie się do tego zakazu może narazić na niebezpieczeństwo zarówno Ciebie, jak i inne osoby znajdujące się w pobliżu skanera (magnesu), spowodować jego uszkodzenie oraz zniszczenie wniesionych przedmiotów.

JAK PRZYGOTOWAĆ SIĘ DO BADANIA? Przeczytaj odpowiednią ulotkę lub wejdź na stronę www.cdo.dolmed.pl

Badanie może trwać od 20 do 60 minut. W czasie badania należy leżeć nieruchomo, spokojnie oddychając. Głośny hałas w trakcie wykonywania badania jest normalną cechą takich urządzeń. Dla bezpieczeństwa pacjentów zalecamy pozostanie na obserwacji w Pracowni bezpośrednio po wykonaniu badania z podaniem kontrastu przez okres 30 minut. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów po wykonaniu badania z dożylnym podaniem kontrastu, należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am powyższe informacje oraz w sposób zrozumiały zostały mi udzielone wszelkie informacje dotyczące badania rezonansem magnetycznym i podaniem środka kontrastowego.

Pouczono mnie o możliwych powikłaniach związanych z wykonaniem badania rezonansem magnetycznym oraz podaniem środka kontrastowego, jak również o ograniczonej wartości diagnostycznej badania rezonansem magnetycznym w przypadku niewyrażenia zgody na badanie z podaniem środka kontrastowego.

Oświadczam, że umożliwiono mi wyjaśnienie w sposób nieskrępowany moich wątpliwości, a dodatkowe objaśnienia z nimi związane przekazane mi przez personel medyczny rozumiem i nie mam uwag. Oświadczam też, że biorę pełną odpowiedzialność za podane przez siebie informacje i oświadczam, że są one zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że nie zataiłem/am żadnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu leczenia, chorób, przyjmowanych leków zaś wszelkie podane przeze mnie odpowiedzi i oświadczenia są zgodne ze stanem faktycznym.

Oświadczam, że dostarczyłem/łam dokumentację medyczną:

- opis/konsultacje
- CD szt.
- Brak dokumentacji
- Inne.....

.....
Data i podpis pacjenta

DATA	PODPIS LEKARZA
PODPIS PIELĘGNIARKI	PODPIS TECHNIKA
UWAGI	

ANKIETA PRZED BADANIEM RM STAWÓW/KOŚCI

NAZWISKO:										
IMIĘ:										
NR PESEL:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA URODZENIA:										
NR TELEFONU:										
RODZAJ BADANIA:										

KWESTIONARIUSZ PRZED BADANIEM RM STAWÓW/KOŚCI		TAK	NIE
	1. CZY DOSZŁO DO URAZU?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK, to kiedy?		
	Jeśli TAK, jak doszło do urazu? (krótki opis)		
	2. CZY STAW BYŁ OPEROWANY (ARTROSKOPIA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK, to kiedy?		
	Rodzaj operacji		
	3. CZY WYSTĘPUJĄ DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rodzaj i lokalizacja bólu		
	Jakie nasilenie?		
	4. PROSZĘ OKREŚLIĆ RUCHOMOŚĆ W STAWIE? <i>pełna/ograniczona/nadmierna *</i> <i>* proszę zaznaczyć prawidłową odpowiedź</i>		
	5. CZY WYSTĘPUJE SKŁONNOŚĆ DO ZWICHNIĘĆ LUB NIESTABILNOŚCI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. CZY OBJAWOM TOWARZYSZY OBRZEK?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. CZY OBJAWOM TOWARZYSZY PŁYN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. CZY DOLEGLIWOŚCI POJAWIŁY SIĘ PO RAZ PIERWSZY?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. CZY UPRAWIA PANI/PAN SPORT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amatorsko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wyczynowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. CZY WYSTĄPIŁY LUB WYSTĘPUJĄ INNE CHOROBY UKŁADOWE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jeśli TAK, to kiedy i jakie?			

.....
Data i podpis pacjenta