

**Zakład Radiologii**

**ANKIETA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO**

**CZY POSIADA PAN / PANI:**

ROZRUSZNIK SERCA ; DEFIBRYLATOR-KARDIOWERTER	TAK	NIE
STENTY WIĘNCOWE jeśli <b>TAK</b> , to proszę podać datę zabiegu .....	TAK	NIE
KLIPSY PO OPERACJI TĘTNIAKA MÓZGU, AORTY	TAK	NIE
ZASTAWKI KOMOROWE LUB RDZENIOWE W UKŁADZIE NERWOWYM	TAK	NIE
ELEKTRONICZNE IMPLANTY: NEUROSTYMULATORY, BIOSTYMULATOR, POMPA INSULINOWA LUB INNE URZĄDZENIA PODAJĄCE LEKI	TAK	NIE
METALOWE GWOŹDZIE LUB PŁYTKI ORTOPEDYCZNE; SZTUCZNĄ KOŃCZYNĘ METALOWE PROTEZY STAWÓW	TAK	NIE
METALOWE CIAŁA OBCE, ODŁAMKI W CIELE LUB SKÓRZE (inne: wykonywanie pracy z opiłkami metalu); OPIŁKI W GAŁCZE OCZNEJ (np. opiłki żelaza lub proteza oczna)	TAK	NIE
APARAT SŁUCHOWY W UCHU WEWNĘTRZNYM LUB ŚRODKOWYM, WSZCZEP ŚLIMAKA	TAK	NIE
APARATY ORTODONTYCZNE, MOSTKI ZĘBOWE, PROTEZY ZĘBOWE	TAK	NIE
POOPERACYJNE KLIPSY METALOWE; SZWY CHIRURGICZNE METALOWE	TAK	NIE
ZASTAWKA KOMOROWO – OTRZEWNOWA	TAK	NIE
TATUAŻ LUB PERMANENTNY MAKIJAŻ; METALOWE OZDOBY W CIELE	TAK	NIE

**CZY WYSTĘPOWAŁY U PANA /PANI KIEDYKOLWIEK:**

LĘK PRZED ZAMKNIĘTYMI POMIESZCZENIAMI – KLAUSTROFOBIA	TAK	NIE
CIĘŻKIE ZABURZENIA PRACY NEREK?	TAK	NIE
ALERGIA, ASTMA? (NA CO?)	TAK	NIE
CZY JEST PANI W CIĄŻY ? Jeżeli <b>TAK</b> , to proszę podać miesiąc ....., tydzień ciąży .....	TAK	NIE
CZY WYSTĄPIŁA KIEDYKOLWIEK REAKCJA ALERGICZNA NA KONTRAST STOSOWANY W BADANIACH OBRAZOWYCH?	TAK	NIE

Oświadczam, że przedstawione powyżej informacje są prawdziwe.

.....  
(data i podpis pacjenta)

.....  
(data i czytelny podpis jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej)