

Zakład Radiologii

ANKIETA DO BADANIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

PROSZĘ ZAZNACZYĆ PRAWIDŁOWĄ ODPOWIEDŹ

CZY POSIADA PAN / PANI:

ROZRUSZNIK SERCA; DEFIBRYLATOR-KARDIOWERTER; ELEKTRODĘ TYMCZASOWĄ; ZASTAWKI W SERCU	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
IMPLANTY PIERSIOWE – EKSPANDER	TAK	NIE
METALOWE GWOŹDZIE LUB PŁYTKI ORTOPEDYCZNE; SZTUCZNĄ KOŃCZYNĘ METALOWE PROTEZY STAWÓW	TAK	NIE
METALOWE CIAŁA OBCE, ODŁAMKI W CIELE LUB SKÓRZE OPIŁKI W GAŁCIE OCZNEJ (np. opiłki żelaza lub proteza oczna); ELEKTRONICZNĄ SOCZEWKĘ	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
PORT NACZYNIOWY	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
SCHYŁKOWA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK (eGFR <30 ML/MIN/1,73 M ²) LUB CZY JEST PANI/PAN PODDAWANY DIALIZOM?	TAK	NIE
ALERGIA (NA CO?)	TAK	NIE
CZY JEST PANI W CIĄŻY? Jeżeli TAK , 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)