

Дата обстеження:
номер PESEL:

Вага:

Зріст:

Ім'я та прізвище:

Лікарська таємниця поширюється на всю медичну інформацію і вона не буде використовуватися в немедичних цілях.
Будь ласка, обведіть кружечком обрану відповідь.

Так / Ні

Чи ви вже проходили магнітно-резонансну томографію раніше?

Так Ні

Якщо ТАК, то коли саме:

Чи ви коли-небудь проходили обстеження із застосуванням контрастних речовин?

Так Ні

Чи у вас виникали алергічні реакції після обстежень із контрастними речовинами?

Так Ні

Якщо ТАК, то які саме:

Чи вам коли-небудь були проведені операції?

Так Ні

Якщо ТАК, то які саме:

Чи ви хворіли на інфекційні захворювання (не в дитинстві)?

Так Ні

Якщо ТАК, то які саме:

Будь ласка, вкажіть, чи ви маєте які-небудь із наведених нижче захворювань або станів:

Аритмія серця

Так Ні

Тривожність (клаустрофобія)

Так Ні

Артеріальна гіпертензія

Так Ні

Діабет

Так Ні

Раптові втрати свідомості

Так Ні

Трансплантація печінки

Так Ні

 Захворювання нервової системи
(зокрема епілепсія)

Так Ні

 Захворювання нирок
(зокрема ниркова недостатність, подагра)

Так Ні

УВАГА: Металеві предмети, що знаходяться в магнітному полі апарату, перешкоджають правильній інтерпретації результатів обстеження, а в деяких випадках можуть становити медичне протипоказання до проведення обстеження.
Будь ласка, вкажіть, чи маєте ви у своєму організмі наступні предмети:

Кардіостимулятор

Так Ні

Шлуночкові або спинномозкові клапани

Так Ні

Металеві шви, стенти, гвинти

Так Ні

Внутрішньочерепні судинні затискичі

Так Ні

Металеві внутрішньоматкові спіралі

Так Ні

Штучні серцеві клапани

Так Ні

Металеві ошурки в очному яблуці

Так Ні

Слуховий апарат

Так Ні

Металеві мостовидні зубні протези

Так Ні

Інше

Так Ні

Якщо ТАК, то що саме:

Чи використовували Ви перед обстеженням косметичні засоби для тіла, що містять металеві компоненти?

Так Ні

Чи ви приймаєте ліки?

Так Ні

Якщо ТАК, то які саме:

Чи ви бажаєте надати додаткову інформацію про стан здоров'я лікарю, який виконує опис обстеження?

Так Ні

Якщо ТАК, то яку саме:

УВАГА: ІНФОРМАЦІЯ СТОСУЄТЬСЯ ЛИШЕ ЖІНОК
Проведення МРТ під час вагітності (особливо в першому триместрі) має бути обмежене життєвими показаннями.
Я ЗАЯВЛЯЮ, ЩО:

• я вагітна

Так Ні

• я вигодовую дитину грудьми

Так Ні

• дата останньої менструації

ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ

***ІНФОРМАЦІЯ:** В окремих випадках для виконання належної діагностики необхідне внутрішньовенне введення контрастної речовини, що в поодиноких випадках може спричинити алергічні реакції або екстравазацію (ненавмисне потрапляння контрастної речовини за межі венозної судини). Пацієнти повинні негайно повідомити медичний персонал щодо виникнення шкірних реакцій, нудоти, задишки, прискореного серцебиття, запаморочення. У крайніх випадках можуть виникнути ускладнення, зокрема знепритомнення, набряки обличчя та гортані, бронхоспазми, судоми, падіння артеріального тиску, зупинка дихання та серцебиття. Після обстеження пацієнти залишаються під наглядом протягом 30 хвилин, після чого медсестра знімає катетер. Контрастна речовина впливає на здатність керувати автомобілем. Не рекомендується сідати за кермо протягом однієї години після введення контрастної речовини.

***ЗАЯВА:** Я заявляю, що мені була надана можливість безперешкодно ставити запитання щодо запланованого обстеження, пов'язаних із ним ризиків і можливості ускладнень, і що на ці запитання були надані вичерпні та зрозумілі для мене відповіді. Я даю свою згоду на обстеження після прийняття власного рішення, на яке в мене було достатньо часу. Я також заявляю, що надана мною інформація є достовірною і мною не було приховано жодних суттєвих даних про стан мого здоров'я, перебіг мого лікування дотепер та ліки, які я приймаю, усвідомлюючи можливі наслідки для здоров'я, що можуть із цього виникнути.

Я даю згоду на проведення магнітно-резонансної томографії.	Так	Ні
Я даю згоду на внутрішньовенне введення парамагнітної контрастної речовини, що містить гадоліній.	Так	Ні
Чи ви погоджуєтесь на те, щоби результати обстеження були видані уповноваженій особі за умови пред'явлення ідентифікаційного документу?	Так	Ні
Якщо ТАК, будь ласка, надайте інформацію про уповноважену особу (ім'я, прізвище, номер PESEL)		

..... дата
..... podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

ПОНИЖЧЕ СТОСУЄТЬСЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ОБСТЕЖЕННЯ В РАМАХ NFZ

Чи ви перебуваєте на стаціонарному лікуванні протягом проходження обстеження?	Так	Ні
..... дата підпис пацієнта або законного представника	

ПОНИЖЧЕ СТОСУЄТЬСЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ПРИВАТНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

У разі проходження приватного обстеження я зобов'язуюсь покрити відповідні кошти, тобто злотих, згідно з прейскурантом Медичного центру. Мене поінформовано про загальну вартість обстеження, включно з контрастною речовиною, а також щодо отримання результатів обстеження.	
..... дата підпис пацієнта або законного представника

ЗГОДА НА ВИКОРИСТАННЯ НОМЕРА ТЕЛЕФОНУ ТА АДРЕСИ ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ

Я, нижчепідписаний(-а), підтверджую, що вказаний мною номер телефону/адреса електронної пошти* може використовуватися компанією Affidea для здійснення комунікації щодо питань, які стосуються наданих мені компанією Affidea послуг, зокрема задля надсилання SMS-повідомлень/повідомлень електронної пошти* на цей номер телефону/адресу електронної пошти*, що містять авторизаційні дані, необхідні для користування Порталом Пацієнта компанії Affidea на вебсторінці www.affidea.pl , який дає мені змогу переглядати та завантажувати результати діагностичних обстежень онлайн.	
номер телефону: – необхідний для того, щоби користуватися Порталом Пацієнта (для отримання результатів обстежень)	
адреса електронної пошти: – не є необхідною для користування Порталом Пацієнта, але дає змогу отримувати електронною поштою дані для авторизації на цьому Порталі	
..... дата підпис пацієнта або законного представника