

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-резонанснотомографію раніше?

Так Ні

Якщо ТАК, то коли 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 затискачі

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:

### ЗГОДА НА ПРОВЕДЕННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПЛОДА

Протягом проведення наукових обстежень не було виявлено жодних ризиків для плоду від впливу магнітно-резонансної томографії. Магнітне поле не має шкідливого впливу на плід у другому та третьому триместрі вагітності. Воно також не завдає шкоди слуху плоду. Однак нема обстежень, які б чітко демонстрували безпечність впливу МРТ на плід до кінця першого триместру вагітності. Обстеження необхідно проводити після першого триместру вагітності. Я розумію, що інформацію, необхідну для проведення МРТ, неможливо належним чином отримати за допомогою інших методів візуалізації, і що ця інформація є необхідною для надання мені медичної допомоги під час вагітності. Я розумію, що мій лікар не вважає за доцільне чекати на отримання цієї інформації після періоду моєї вагітності. Я розумію ризики та переваги МРТ і даю згоду на його проведення.

**\*\*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

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

.....  
підпис пацієнтки або законного представника

### ПОНИЖЧЕ СТОСУЄТЬСЯ ПАЦІЄНТОК, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ ОБСТЕЖЕННЯ В РАМАХ NFZ

Чи ви перебуваєте на стаціонарному лікуванні протягом проходження обстеження? Так Ні

.....  
дата .....  
підпис пацієнтки або законного представника

### ПОНИЖЧЕ СТОСУЄТЬСЯ ПАЦІЄНТОК, 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, а також щодо отримання результатів обстеження.

.....  
дата .....  
підпис пацієнтки або законного представника

### ЗГОДА НА ВИКОРИСТАННЯ НОМЕРА ТЕЛЕФОНУ ТА АДРЕСИ ЕЛЕКТРОННОЇ ПОШТИ

Я, нижчепідписана, 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](http://www.affidea.pl), який дає мені змогу переглядати та завантажувати результати діагностичних обстежень онлайн.

**номер телефону:** ..... – необхідний для того, щоб 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 пацієнтки або законного представника