

Data badania:

Waga:

Wzrost:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Wszystkie informacje medyczne są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystane do celów innych niż medyczne. Proszę zaznaczyć prawidłowe odpowiedzi.

Czy miał Pan/Pani wykonywane wcześniej badanie rezonansem magnetycznym? Tak Nie

Jeśli TAK, kiedy:

Czy kiedykolwiek wykonywano Panu/Pani badania ze środkiem kontrastowym lub cieniującym? Tak Nie

Czy po badaniu z kontrastem wystąpiły u Pana/Pani reakcje alergiczne? Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Czy miał/a Pan/Pani wykonywane zabiegi operacyjne? Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Czy przebył/a Pan/Pani choroby zakaźne (nie dotyczy wieku dziecięcego)? Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Proszę wskazać, czy cierpi Pan/Pani na poniżej wymienione choroby lub dolegliwości:

Nieregularne bicie serca Tak Nie

Stany lękowe (klaustrofobia) Tak Nie

Nadciśnienie tętnicze Tak Nie

Cukrzyca Tak Nie

Nagła utrata przytomności Tak Nie

Przeszczep wątroby Tak Nie

Choroby układu nerwowego (np. padaczka) Tak Nie

Choroby nerek (np. niewydolność, dna moczanowa) Tak Nie

UWAGA: Metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu, uniemożliwiają prawidłową interpretację badania, a w niektórych przypadkach mogą stanowić przeciwwskazanie medyczne do wykonania badania.

Proszę wskazać, jeśli posiada Pan/Pani poniższe elementy w ciele:

Rozrusznik serca Tak Nie

Zastawki komorowe lub rdzeniowe Tak Nie

Metalowe szwy, stenty, śruby Tak Nie

Wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe Tak Nie

Metalowe wkładki wewnątrzmaciczne (spirale) Tak Nie

Sztuczne zastawki serca Tak Nie

Metalowe opilki w gałce ocznej Tak Nie

Aparat słuchowy Tak Nie

Metalowe mostki zębowe Tak Nie

Inne Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Czy przyjmuje Pan/Pani leki? Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Czy chce Pan/Pani przekazać jakieś informacje dotyczące stanu zdrowia lekarzowi opisującemu badanie? Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

UWAGA: DOTYCZY WYŁĄCZNIE KOBIET

Wykonywanie badań MR w ciąży (zwłaszcza w pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.

OŚWIADCZAM, ŻE:

• jestem w ciąży Tak Nie

• karmię piersią Tak Nie

• data ostatniej miesiączki:

ZGODA NA WYKONANIE BADANIA METODĄ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

***INFORMACJA:** W indywidualnych przypadkach, w celu poprawnej oceny diagnostycznej zachodzi konieczność podania dożylnie środka kontrastowego, który wyjątkowo może powodować reakcje alergiczne. Pacjent powinien natychmiast powiadomić personel medyczny jeżeli wystąpią reakcje tj. nudności, reakcje skórne, duszności, przyspieszony rytm serca, zawroty głowy. W skrajnych przypadkach mogą wystąpić powikłania, omdlenia, obrzęk twarzy i krtani, skurcz oskrzeli, drgawki, spadek ciśnienia krwi, zatrzymanie oddychania, zatrzymanie akcji serca. Po wykonanym badaniu Pacjent przez 30 minut pozostaje pod nadzorem, następnie pielęgniarka usuwa wenflon. Środek kontrastu wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów. Nie zaleca się prowadzenia pojazdu przez godzinę po podaniu środka kontrastowego.

***OŚWIADCZENIE:** Oświadczam jednocześnie, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałam/em zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałam/em wystarczającą ilość czasu. Oświadczam także, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, oraz że nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomą/ym wynikających z tego faktu ewentualnych konsekwencji zdrowotnych.

| | | |
|---|-----|-----|
| Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego. | Tak | Nie |
| Wyrażam zgodę na dożylnie podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin. | Tak | Nie |
| Czy Pan/Pani wyraża zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości? | Tak | Nie |

Jeśli TAK, proszę podać dane osoby upoważnionej (imię, nazwisko, PESEL)

.....
data

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIE W RAMACH NFZ

| | | |
|--|-----|-----|
| Czy Pan/Pani w dniu wykonywania badania przebywa na leczeniu w szpitalu? | Tak | Nie |
|--|-----|-----|

.....
data

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

DOTYCZY PACJENTÓW WYKONUJĄCYCH BADANIE PRYWATNE

W przypadku badania prywatnego zobowiązuje się pokryć koszty badania tj. PLN, zgodnie z cennikiem Centrum Medycznego. Jestem poinformowana/y o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym oraz o formie odbioru wyników badania.

.....
data

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

ZGODA NA WYKORZYSTANIE NUMERU TELEFONU I ADRESU E-MAIL

Ja, niżej podpisany, potwierdzam, że wskazany przeze mnie poniżej numer telefonu/adres email* jest właściwy do komunikowania się ze mną przez Affidea w sprawach związanych z usługami świadczonymi przez Affidea na moją rzecz, w tym w celu wysyłki na ten numer telefonu/adres email* wiadomości SMS/wiadomości email* zawierających dane autoryzacyjne niezbędne do korzystania przeze mnie z Portalu Pacjenta prowadzonego przez Affidea pod adresem www.affidea.pl, umożliwiającego m.in. przeglądanie i pobieranie wyników badań diagnostycznych online.

numer telefonu: – jego podanie jest niezbędne w celu korzystania przez pacjenta z Portalu Pacjenta (odbioru wyników badań)

adres email: – jego podanie nie jest niezbędne w celu korzystania przez pacjenta z Portalu Pacjenta, ale umożliwi otrzymanie danych autoryzacyjnych do tego Portalu w formie wiadomości email

.....
data

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego



Numer Certyfikatu 14496
ISO 9001
ISO 14001