

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 prawidłową
odповідź zakreślając ją kółkiem.

Odp.

Czy miała Pani wykonywane wcześniej badanie rezonansem magnetycznym?

Tak Nie

Jeśli TAK, kiedy:

Czy miała Pani wykonywane zabiegi operacyjne?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Czy przeżyła Pani choroby zakaźne (nie dotyczy wieku dziecięcego)?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Proszę wskazać, czy cierpi 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 moczanova)

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 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 opłuki w gałce ocznej

Tak Nie

Aparat słuchowy

Tak Nie

Metalowe mostki zębowe

Tak Nie

Inne

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Czy przed badaniem stosowała Pani kosmetyki do ciała z komponentami metalicznymi?

Tak Nie

Czy przyjmuje Pani leki?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

Czy chce Pani przekazać jakieś informacje dotyczące stanu zdrowia lekarzowi opisującemu badanie?

Tak Nie

Jeśli TAK, jakie:

ŚWIADOMA ZGODA NA BADANIE MR PŁODU

W badaniach naukowych nie ma znanych zagrożeń dla płodu w przypadku narażenia na działanie rezonansu magnetycznego. Pole magnetyczne nie ma szkodliwego wpływu na płód w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Nie powoduje również uszkodzenia słuchu płodu. Nie ma jednak badań jednoznacznie wykazujących bezpieczeństwo ekspozycji płodu na badanie MRI przed końcem pierwszego trymestru. Badanie powinno nastąpić po pierwszym trymestrze ciąży. Rozumiem, że informacji wymaganych w wyniku badania MRI nie można uzyskać w odpowiedni sposób za pomocą innych metod obrazowania, a informacje te są potrzebne do zapewnienia mojej opieki w czasie ciąży. Rozumiem, że mój lekarz kierujący nie uważa za rozsądne czekanie z uzyskaniem tych informacji do czasu, gdy przestanę być w ciąży. Rozumiem ryzyko i korzyści związane z badaniem MRI i zgadzam się na jego wykonanie.

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

Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego.

Tak Nie

Czy wyraża Pani 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 pacjentki lub opiekuna prawnego

DOTYCZY PACJENTEK WYKONUJĄCYCH BADANIE W RAMACH NFZ

Czy w dniu wykonywania badania przebywa Pani na leczeniu w szpitalu?

Tak Nie

.....
data

.....
podpis pacjentki lub opiekuna prawnego

DOTYCZY PACJENTEK WYKONUJĄCYCH BADANIE PRYWATNE

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

.....
data

.....
podpis pacjentki lub opiekuna prawnego

ZGODA NA WYKORZYSTANIE NUMERU TELEFONU I ADRESU E-MAIL

Ja, niżej podpisana, 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 pacjentkę z Portalu Pacjenta (odbioru wyników badań)

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

.....
data

.....
podpis pacjentki lub opiekuna prawnego