

Termin badania

Pacjent

Imię

Nazwisko

Nr PESEL lub nazwa, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

Waga

KWESTIONARIUSZ OD WYPEŁNIENIA PRZEZ PACJENTA

Przy skierowaniu na badanie MR z zastosowaniem dożylnego środka kontrastowego pacjent powinien dostarczyć wyniki badania laboratoryjnego – oznaczenia poziomu kreatyniny lub eGFR (szacowanego stopnia filtracji kłębuszkowej). Wynik nie powinien być starszy niż miesiąc.	TAK	NIE
Czy Pan/-i choruje na nerki ?		
Czy występują reakcje alergiczne (na leki, środki kontrastowe, inne) ?		
Czy jest Pani w ciąży ?		
Przebyte operacje (proszę wypisać jakie):		
Czy posiada Pan/-i w swoim ciele lub używa:		
wszczepiony rozrusznik serca, kardiowerter, defibrylator lub elektrody wewnętrzne		
ciała metaliczne		
sztuczne zastawki w sercu		
implant słuchowy, aparat słuchowy, plastyka kosteczek słuchowych		
metalowa endoproteza		
proteza zębowa stała		
pompa insulinowa lub inne urządzenia podające leki		
zastawka w komorze mózgu		
klipsy metaliczne		
odłamki metalowe, opiłki metali (np. w oku)		
jakikolwiek wszczep elektroniczny, mechaniczny, magnetyczny		
spirale embolizujące		
filtry naczyniowe		
klamry stymulujące wzrost kości		
neurostymulator lub inny biostymulator		
protezy kości, inne zespolenia metaliczne, szwy metalowe		

ZGODA NA BADANIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania MR

Brak zgody

Wyrażam zgodę na dożylne podanie środka kontrastowego

Brak zgody

Jestem poinformowany/-a o całkowitych kosztach badania wraz z kontrastem oraz o formie wyników badania.

Jeśli ze względów diagnostycznych zaistnieje konieczność powtórzenia badania lub rozszerzenia jego zakresu, wyrażam zgodę na ponowne zgłoszenie się na badanie w terminie późniejszym.

Oświadczam jednocześnie, że miałem/-am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dot. planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi. Zgodę wyrażam po podjęciu samodzielnej decyzji, na co miałem/-am wystarczającą ilość czasu.

Oświadczam także, że nie zataiłem/-am żadnych istotnych informacji o stanie mojego zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia czy przyjmowanych leków, będąc świadomym/ą wynikających z tego faktu konsekwencji zdrowotnych.

*Data i podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego**

*ankieta została wypełniona i sprawdzona przez
pracownika CM iMed24 - czytelny podpis*

* Wymagane, jeżeli Pacjent jest małoletni, niezdolny do świadomego wyrażenia zgody lub ubezwłasnowolniony całkowicie. **W przypadku, kiedy Pacjent małoletni ukończył 16 lat, a Pacjent ubezwłasnowolniony jest w stanie z rozeznaniami wypowiedzieć opinię w sprawie badania, wymagana jest także ich zgoda** (czyli podpis Pacjenta i przedstawiciela ustawowego).