

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		

DOSTARCZONA DOKUMENTACJA MEDYCZNA:

Dostarczona dokumentacja medyczna powinna być bezpośrednio związana z obszarem badania

☐ RTG ☐ USG ☐ CT ☐ MR ☐ MMG ☐ Karta wypisowa ze szpitala

☐ Brak poprzednich badań

☐ Poprzednie badanie wykonane w CM iMed24

Nie doniesienie badań poprzednich do 3 dni od dnia badania będzie skutkować opisem bez porównania.

WYBÓR LEKARZA:

Wybór dedykowanego lekarza radiologa wiąże się z dłuższym czasem oczekiwania na wynik badania. (7dni)

Imię i nazwisko lekarza _____

ZGODA NA BADANIE

Wyrażam zgodę na wykonanie badania MR

☐ Brak zgody

Wyrażam zgodę na dożylnie podanie środka kontrastowego

☐ Brak zgody

Wyrażam zgodę na wykonanie dodatkowego świadczenia celem wykonania pełnej diagnostyki.

☐ 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.

Potwierdzam, że zostałem/-am poinformowany/-a o całkowitym zakazie wnoszenia do pracowni MR wszelkich elementów metalowych i urządzeń elektronicznych

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).