

Titanium Sp. z o.o. Sp.k.
Medhouse Diagnostyka
ul. Radlińska 68
44-300 Wodzisław Śląski
NIP: 647 258 89 95

ANKIETA PRZED BADANIEM REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Nazwisko i imię pacjenta
Pesel pacjenta Telefon kontaktowy
Nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego
Poziom kreatyniny Waga

CZEŚĆ I OGÓLNA

KOBIETA:	TAK	NIE
Czy jest Pani w ciąży?		
*Nie zaleca się wykonywania badania u kobiet w I trymestrze ciąży		
Czy posiada Pani wkładkę wewnątrzmaciczną?		

KOBIETA / MĘŻCZYZNA: Czy Posiada Pani / Pan w swoim ciele:	TAK	NIE
rozrusznik serca?		
sztuczną zastawkę serca?		
zastawki komorowe lub rdzeniowe?		
neurostymulatory?		
implant słuchowy?		
wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe?		
pompę insulinową?		
tatuaż lub makijaż permanentny?		
metalowe opiłki w ciele lub skórze?		
metalowe protezy stawów?		
metalowe mostki zębowe?		
metalowe szwy chirurgiczne?		
inne wszczepione elementy metalowe lub nieznanego materiału? (proszę wymienić)		
.....		
.....		

W celu ustalenia dokładniejszego rozpoznania chorobowego:

Proszę wymienić wszystkie przebyte operacje i zabiegi badanej części ciała
.....
.....
Proszę wymienić odczuwane obecnie dolegliwości
.....
Czy były wcześniej wykonane badania?: MR/TK/inne.....
Kiedy? Jakiej części ciała?.....

Zostałem/am poinformowany/a o rodzaju badania i sposobie przygotowania do badania.

Zostałem/am poinformowany/a o tym, że badanie jest w pełni odpłatne.

Oświadczam, że treść ankiety jest dla mnie zrozumiała a zaznaczone odpowiedzi są zgodne z prawdą.

Miałem/am możliwość zadawania pytań i otrzymałem/am zrozumiałą odpowiedź.

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania MR.

Wodzisław Śląski, dnia
.....
..... podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

CZEŚĆ II DLA BADAŃ Z KONTRASTEM

UWAGA! Podanie kontrastu może spowodować niepożądane objawy, jak np. reakcje skórne, nudności, wymioty, zawroty głowy i może wejść w interakcję z zażywanymi lekami.

W celu zminimalizowania ryzyka prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi pytaniami i wypełnienie ankiety.

KOBIETA:	TAK	NIE
Czy karmi Pani piersią?		

KOBIETA / MĘŻCZYŻNA: Czy u Pani / Pana występują:	TAK	NIE
dolegliwości po wcześniejszym podaniu środka kontrastowego? Jeśli tak, to jakie?		
uczulenia na leki, pokarmy lub inne substancje? Jeśli tak, to jakie?		
niewydolność nerek?		
astma oskrzelowa?		
zaburzenia rytmu serca i choroby układu krążenia?		
choroby z grupy autoagresji (RZS, toczeń, łuszczyca)?		
choroby układu nerwowego (udar, padaczka, utrata przytomności)?		

LEKI:
Proszę wymienić wszystkie leki przyjmowane stale
.....
.....

Oświadczam, że wszystkie powyższe dane o stanie mojego zdrowia i zażywanych lekach są zgodne z prawdą.

Wyrażam świadomą zgodę na wykonanie badania MR z kontrastem. O podaniu kontrastu decyduje lekarz.

CZEŚĆ III DOTYCZĄCA BADAŃ STAWÓW

	TAK	NIE
Czy doszło do urazu stawu, którego dotyczy badanie? Kiedy? Jak to się stało?		
Czy dotychczas wykonywano u Pana/Pani operację badanego stawu? Proszę podać datę i rodzaj.		
Czy występują dolegliwości bólowe stawu? Jeśli tak proszę podać rodzaj i lokalizację bólu		
Czy występują skłonności do zwichnięć lub niestabilności stawu?		
Czy objawom towarzyszy płyn?		
Czy dolegliwości pojawiły się po raz pierwszy?		
Czy występują u Pana/Pani choroby ustrojowe? Jeśli tak, proszę wymienić kiedy i jakie		

	Amatorsko	Wyczynowo
Czy uprawia Pan/Pani sport?		

	Ograniczona	Pełna	Nadmierna
Proszę określić ruchomość w obrębie stawu:			

Wodzisław Śląski, dnia

.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

zgodna na kontrast