

ZGODA NA BADANIE REZONANSEM MAGNETYCZNYM

Imię	Data badania
Nazwisko	Nr telefonu
Nr PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Waga
Badana okolica	

Wszystkie informacje są objęte tajemnicą lekarską i nie będą wykorzystywane do celów innych niż medyczne.

UWAGI

- Wykonanie badań MR w ciąży (zwłaszcza jej pierwszym trymestrze) należy ograniczyć do wskazań życiowych.
- Czas badania wynosi 15-60 minut i bezwzględnie wymagane jest leżenie bez ruchu w pozycji na plecach lub na brzuchu.
- Jeżeli pacjent jest pobudzony lub cierpi na silny zespół bólowy uniemożliwiający leżenie w bezruchu, może zaistnieć konieczność przerwania badania przed jego zakończeniem.
- W przypadku posiadania w organizmie jakichkolwiek elementów metalowych lub innych wykonanych z nieznanego materiału (np. endoprotezy, zespolenia metalowe), konieczne jest poinformowanie o tym personelu pracowni MR. Metalowe przedmioty znajdujące się w polu magnetycznym aparatu utrudniają interpretację wyniku, a ponadto mogą stanowić w niektórych przypadkach przeciwwskazania medyczne do wykonania badania.

BEZWZGLĘDNYMI PRZECIWWSKAZANIAMI do wykonania badania MR jest posiadanie następujących urządzeń lub przedmiotów w ciele. Proszę zaznaczyć właściwe pole, zgodnie z tym, czy w ciele znajdują się poniższe przedmioty:

<input type="checkbox"/> rozrusznik serca	<input type="checkbox"/> neurostymulatory
<input type="checkbox"/> kulowe zastawki serca	<input type="checkbox"/> implant słuchowy
<input type="checkbox"/> wewnątrzczaszkowe klipsy naczyniowe	<input type="checkbox"/> metalowe opiłki (szczególnie w gałce ocznej)
<input type="checkbox"/> inne, proszę podać jakie	<input type="text"/>



OŚWIADCZENIE I

- Oświadczam, że nie jestem w ciąży i nie posiadam żadnych elementów metalowych (poza wymienionymi powyżej).
- Wyrażam zgodę na badanie metodą rezonansu magnetycznego.
- Zostałem/am poinformowany/a o całkowitych kosztach badania wraz ze środkiem kontrastowym i o formie wyników badania.
- Zobowiązuję się pokryć koszty badania, zgodnie z cennikiem Rehasport Clinic Sp. z o.o.
- Oświadczam, że miałam/em nieskrępowaną możliwość zadawania pytań dotyczących planowanego badania, związanego z nim ryzyka i możliwości wystąpienia powikłań oraz że uzyskałem/am zrozumiałe dla mnie, wyczerpujące odpowiedzi.

OŚWIADCZENIE II

Wyrażam zgodę na dożylny / dostawowy podanie paramagnetycznego środka kontrastowego zawierającego gadolin. TAK NIE

WYPEŁNIA PERSONEL w razie konieczności podania środka kontrastowego.

Czy były kiedykolwiek reakcje uczuleniowe na jakikolwiek środek kontrastowy, leki, pokarmy? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie?

Proszę o podanie środka kontrastowego.

Data

Podpis lekarza zlecającego

Podpis osoby wykonującej

OŚWIADCZENIE III

Sposób odbioru wyniku badania

Osobiście Poczta Polska - przejdź do punktu 1. Osoba upoważniona - przejdź do punktu 2.

1. Wyrażam zgodę na wysłanie mojego wyniku MR za pośrednictwem Poczty Polskiej na adres:

2. Wyrażam zgodę, aby wynik badania został wydany osobie wskazanej, za okazaniem dokumentu tożsamości.

Imię	Nr PESEL	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Nazwisko												

Potwierdzam odbiór wyniku MR

Miejscowość i data

Czytelne imię i nazwisko

Czytelne imię i nazwisko

