

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"/>

